EXTRAIT DU COMPTE-RENDU

DU

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

4me SESSION. — BRUXELLES — 1875

Le forceps-scie, son origine et ses faits.

RAPPORT

Prononcé par M. le Dr HYERNAUX, professeur à l'Université de Bruxelles.

BRUXELLES
LIBRAIRIE DE HENRI MANCEAUX
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
8, rue des Trois-Têtes, 8 (Montagne de la Cour).

1876.

Gand, imprimerie de I.-S. Van Doosselaere.

LE FORCEPS-SCIE

SON ORIGINE ET SES FAITS.

LE FORCEPS-SCIE

SON ORIGINE ET SES FAITS.

DISCOURS

PRONONCÉ AU CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

LE 20 SEPTEMBRE 1875

PAR

LE DOCTEUR L. HYERNAUX,

Chirurgien à la maternité de Bruxelles,
professeur honoraire à l'Université libre, membre correspondant de l'Académie royale de Médecine de Belgique, des Sociétés médico-chirurgicales de Liége, de Bologne, etc.

EXTRAIT

du Compte-rendu du Congrès périodique international des Sciences médicales,
4e Session. — Bruxelles, 1875.


WELLCOME
LIBRARY

LE FORCEPS-SCIE

SON ORIGINE ET SES FAITS.

MESSIEURS,

En venant occuper cette tribune, il m'incombe un premier devoir, celui de vous remercier de l'insigne honneur que vous me faites, en assistant à cette séance, où j'ai désiré vous entretenir quelques instants. Mais, si vous me faites cet honneur, c'est aussi, je l'espère, avec la généreuse intention de m'accorder votre indulgence la plus bienveillante ; cette indulgence, Messieurs, je la réclame en toute sincérité, parceque, tout-à-fait étranger à l'art de la parole, je sens qu'elle m'est absolument nécessaire, d'autant plus que je me trouve en présence d'une assemblée imposante, non seulement par son nombre, mais encore et surtout par la distinction et les connaissances profondes de chacun de ses membres.

Ce que j'ai besoin de vous dire encore, Messieurs, c'est que cette place où je suis en ce moment, eu égard au motif qui m'y amène, devrait être occupée par un autre que par moi. De quoi s'agit-il, en effet, et comment suis-je ici? Pourquoi n'y voyons-nous pas celui auquel je fais allusion, lui dont l'âge et l'autorité en auraient imposé à cette assemblée, si imposante qu'elle soit d'ailleurs?

Messieurs, il s'agit de soumettre à votre appréciation et à votre jugement éclairé un instrument qui peut être considéré, ainsi que le dit Barnes, de Londres, comme caractéristique de l'école obstétricale de Bruxelles (1); je veux parler du forceps-scie de Van Huevel, instrument d'un âge déjà mûr pour nous, mais que bon nombre de praticiens, en dehors des limites étroites de notre modeste Belgique, continuent à traiter en mineur, puisque certains ne daignent pas même s'y arrêter, et que d'autres en méconnaissent encore tout le mérite.

---

(1) ROB. BARNES. *Leçons sur les opérations obstétricales,* traduites par le d[r] A. E. Cordes, 1873, p. 290.

Eh bien! Messieurs, c'est l'habile inventeur de cet instrument que j'aurais voulu voir ici; c'est lui, avec la précision et la clarté de l'intelligence, au coin de laquelle il a marqué tout ce qu'il a fait pendant sa laborieuse carrière, qui devrait vous exposer ses principes et vous montrer ce que ses longues méditations et ses nombreux essais lui ont fait découvrir d'ingénieux. Les rôles sont intervertis : il s'est en allé, sous un ciel plus calme et plus serein, chercher le repos que l'état de sa santé lui imposait depuis longtemps déjà. Mais, comme le voyageur qui part pour un lointain pays, M. Van Huevel prit ses dispositions : il me légua son service à la maternité de Bruxelles, en même temps qu'il laissait sous ma garde ses instruments, à la direction et au maniement desquels je m'étais appliqué de bonne heure.

J'ai fait tous mes efforts pour justifier ses espérances, et aujourd'hui, en son absence bien regrettable, je n'hésite pas à saisir l'occasion de le représenter ici. Deux raisons m'y engagent : témoigner de mon amour sincère pour la science et pour l'humanité, en défendant le forceps-scie et partant l'école obstétricale de Bruxelles, contre des appréciations injustes, irréfléchies et payer publiquement ma dette de reconnaissance au chef vénéré de cette école, au maître qui fut toujours pour moi aussi dévoué que bienveillant.

Messieurs, la question de l'embryotomie, en général, je ne dois pas vous le dire, en présence de la grandeur de son objectif, est une question grave, sérieuse à divers titres, et qui, dans tous les temps et dans tous les lieux, a justement préoccupé les hommes de l'art. Toujours et partout, en effet, il s'est trouvé des cas de dystocie dont on a eu plus ou moins facilement raison, suivant les idées et l'état de la science de l'époque. Et, pour n'envisager la question qu'au point de vue pratique, exclusivement instrumental, je dirai, ce que tous vous savez mieux que moi, c'est qu'une infinité d'instruments ont été imaginés. Je ne veux pas vous fatiguer en vous en faisant une étude comparative ; de longues pages n'y suffiraient pas, et j'aurais peine à les effleurer tous en une séance. Laissez-moi vous dire seulement que, sous des formes et des noms différents, on n'avait que des crochets, des perce-crâne et des écraseurs jusqu'en 1842. C'est d'alors que date le forceps-scie. Désirant vous édifier sur sa valeur, je vais, dans cette conférence, vous exposer son origine et le résultat fidèle des cas d'application qui me sont parfaitement connus, et dont plus des deux tiers me sont personnels.

Pour en venir, en toute chose, à une transformation radicale de ses idées, à l'adoption de principes nouveaux et à l'inauguration de procédés qui en sont l'expression matérielle, il faut avoir été frappé de l'erreur, de l'insuffisance ou des dangers de ce qui existe. Eh bien! c'est ce qui est arrivé à Van Huevel : une femme ne pouvait accoucher par les moyens ordinaires, bien que la tête du fœtus eut déjà pénétré assez avant dans l'excavation pelvienne; il en ouvre largement la suture occipito-frontale, puis il applique le céphalotribe. L'instrument placé, il en tourne doucement la vis; bientôt un léger craquement se produit; il continue lentement en se félicitant que le crâne s'écrase si bien. C'était cela, peut-être, mais c'était sans doute aussi, tant l'allongement de la tête et sa pression excentrique sur le bassin étaient forts, la symphyse sacro-iliaque gauche qui s'entrebâillait par la déchirure violente de ses ligaments antérieurs. L'opérée ne tarda guère à succomber et l'autopsie vint mettre en évidence la seconde cause de ce craquement.

Grande et stupéfiante leçon, Messieurs, pour ceux surtout à qui pareille catastrophe arrive. Aussi remua-t-elle profondément l'esprit si pratique du professeur Van Huevel qui, dès ce moment, fouilla tous les procédés embryotomiques connus, avec cette ardeur persistante qui soutient le courageux sauveteur qui veut ramener vers la rive un malheureux, que des flots avides vont bientôt submerger. Mais tous, il les abandonna, parce que tous lui parurent incomplets ou vicieux et qu'aucun ne le mettait sur la voie d'une amélioration sérieuse. Rompant donc avec les idées et les principes admis jusqu'alors, quittant les sentiers battus par ses devanciers, seul à seul avec lui-même, en face des résultats toujours identiques de ses nombreuses expériences, sur des têtes fœtales qu'il broyait dans les mors du céphalotribe dont l'action lui paraissait de plus en plus irrationnelle, il s'est résolument arrêté à une idée essentiellement originale, pleine de hardiesse et plus émouvante encore, s'il se peut, que lumineuse, car il s'agissait d'insinuer et de manœuvrer une longue scie, dans la profondeur du conduit vulvo-utérin, pour aller y faire deux moitiés, *antéro-postérieures*, de l'ovoïde céphalique du fœtus, dont la constante élongation d'avant en arrière, sous l'influence de l'écrasement transversal, après comme avant la perforation, lui avait été si funeste. Cette idée mûrie, travaillée, a enfanté le forceps-scie qui fut essayé à l'amphithéâtre, dans une circonstance analogue et aussi malheureuse que celle à laquelle il devait son existence. C'était le 19 novembre 1842, qu'entrait à la maternité une forte femme, mais à bassin trop petit : il n'avait de dimension, dans ses lignes sacro-pubienne et cotyloïdiennes gauche et droite, que 56, 58 et 54 millimètres. L'enfant, en présentation du siége, descendit jusqu'aux épaules, sans qu'il fut possible d'extraire la tête. M. Van Heuvel y applique le céphalotribe; les cuillers sont doucement rapprochées et, lorsque la vis est à fond, il essaie avec précaution un léger mouvement de rotation, pour accommoder le diamètre céphalique agrandi à un diamètre oblique du bassin. A cet instant même, la patiente jette un cri strident, ce fut son dernier : elle pâlit, une syncope survint, elle était morte! — Ce nouvel accident du céphalotribe semblait fait pour démontrer d'emblée la supériorité du forceps-scie qui était alors en voie d'exécution et dont la fabrication était presque terminée. En attendant, le cadavre fut conservé, injecté à la liqueur de Gannal, et le corps du fœtus entouré de linges imbibés de chlorure de chaux liquide. Dix jours plus tard, le 29, le nouvel embryotôme est appliqué sur ce double cadavre et suivi d'une délivrance facile, immédiate, à la grande admiration de tous ceux qui assistaient à cette séance si intéressante et si pleine d'enseignement. — Le ventre ouvert, on a constaté le fait du céphalotribe et la cause de cette mort si tragique, c'est-à-dire, que la matrice était déchirée au niveau du promontoire, dans une étendue de 20 à 22 millimètres de haut en bas, et de 8 à 10 millimètres en travers.

Ce coup d'essai du forceps-scie était donc décisif; cependant, sa première application, dix-huit mois plus tard, sur le vivant, son inventeur me l'a plus d'une fois répété dans nos causeries, fit perler une goutte de sueur à chacun de ses cheveux.

Aujourd'hui, Messieurs, nous n'en sommes plus à l'expérimentation, à ces moments de transes et d'angoisses qui accompagnent les premiers essais et, fort de ce que j'ai vu, fort de ce que je fais et obtiens depuis près de vingt ans, je vous

dis sans hésiter, qu'en cas d'angustie pelvienne, le forceps-scie tel que nous l'avons, est de tous les embryotômes, destinés à la réduction du crâne, le plus expéditif, le plus inoffensif et le seul d'une applicabilité générale à toutes les présentations fœtales. C'est ce qui découle de notre expérience et de l'examen de nos faits cliniques.

Messieurs, je serais heureux, pour le bien que la pauvre humanité en retirerait, si je puis apporter dans vos esprits la conviction qui m'anime. Oui, le forceps-scie réunit toutes les qualités que je viens d'énumérer, et cependant, comme je le disais, il n'a reçu qu'un accueil peu empressé et peu flatteur, à quelques exceptions près, un peu tardives encore, pour la plupart.

Cazeaux, dans la 6e édition (1858) de son *Traité*, si justement répandu, *de l'Art des accouchements*, reproduit, sous forme de renvoi, la note que Van Huevel avait ajoutée en 1845, à l'édition belge de ce Traité. Mais, dans le texte, il se borne à cette simple réflexion : « de nouveaux essais sont évidemment nécessaires, pour « confirmer les avantages que M. Van Huevel prête à son instrument. Nous savons « qu'en France, il a été peu essayé et a échoué entre des mains habiles. Ce n'est « pas une raison pourtant, pour ne tenir aucun compte des succès que lui attribue « l'accoucheur de Bruxelles, et nous croyons devoir le conseiller au moins à titre « d'essai » — Il y avait alors plus de quatorze ans que cet instrument montrait, à qui voulait le voir, ce qu'on peut en obtenir ; il y en avait déjà sept, qu'au sein de notre Académie, il avait été l'objet d'une longue discussion, toute à son avantage, à la suite des remarquables et savants rapports des Drs Marinus, de Bruxelles, et Simon, de Liége, chacun au nom d'une commission, chargée d'en apprécier la valeur pratique (1).

Chailly, édition 1861, reproduit le dessin de l'ancien forceps-scie, alors que le dernier modèle avait été publié par l'Académie en 1851 (2). Il exprime « le regret « qu'il soit d'un prix si élevé et, qu'à cause de sa largeur, il ne puisse pénétrer « dans les bassins aussi rétrécis que le céphalotribe, et par conséquent qu'il ne « puisse pas remplacer complétement cet instrument. » — Ce jugement porte avec lui la preuve évidente que Chailly ne connaissait pas et n'avait jamais étudié le forceps-scie qu'il critique. En effet, à propos du céphalotribe, cet auteur enseigne qu'à 55 millimètres il n'est plus guère permis de songer à l'extraction du produit, tandis qu'il devait savoir que nous le pouvons encore à 40 millimètres (3).

Dans Nœgele et Grenser, édition 1869, traduite par Aubenas, de Strasbourg, il n'en est fait aucune mention dans le texte de l'ouvrage, mais nous lisons en note « que le forceps-scie est non seulement très-compliqué et très-coûteux, mais qu'il « est encore très-incertain dans son action et qu'il n'entrera jamais dans la « pratique. » — Trente-trois années de services rendus à la société protestent contre une semblable allégation et un pronostic aussi irréfléchi.

---

(1) *Bulletin de l'Académie royale de méd. de Belgique*, 1851-1852, Tom. XI, no 1.
(2) Id.
(3) Chailly, *Traité pratiq. de l'Art des accouchem.* 1861, p. 562.

Scanzoni, dans son *Précis des accouchements*, traduit en 1859, par le Dr. Picard, n'en dit pas un mot et Victor Hüter, dans son *Compendium des opérations obstétricales,* (1874) n'en parle pas davantage (1).

Le livre de Schrœder (2), traduit et considérablement annoté par le Dr. Charpentier, 1875, garde le même silence; je me trompe, il s'y trouve une note de cinq lignes pour dire que « le forceps-scie est vanté de plusieurs côtés ; mais que pour- « tant il ne pourra jamais être d'un usage général, à cause de sa structure com- « pliquée et de son prix élevé. »

M. Tarnier revoit, augmente et publie en 1874, une 9e édition du livre de Cazeaux. Notre honorable confrère ne fait pas au forceps-scie l'honneur d'une mention dans le corps de l'ouvrage ; mais en revanche nous y voyons une note extraite d'un travail qu'il a produit, en 1865, avec le concours de MM. Lenoir et Sée, note dans laquelle il énumère un peu plus longuement que d'autres ne l'avaient encore fait, les défauts qu'il reconnaît à notre embryotôme.

« Cet instrument, dit-il, souvent employé en Belgique, a été peu essayé en « France, encore a-t-il échoué entre des mains habiles. Ses cuillers présentent, dans « leur partie la plus large, 4 centimètres et les opérateurs qui ont l'habitude de le « manier n'osent pas le conseiller au-dessous de 4 centimètres et demi. Ce qu'on « lui reproche surtout, c'est son prix élevé, son mécanisme compliqué, les détails « nombreux auxquels il faut veiller pendant l'opération. Le mouvement de la scie « à chaîne n'y est pas facile ; on peut être arrêté par son enclavement ou sa « rupture. Une autre objection sérieuse c'est que l'on a besoin d'un aide « exercé, les mouvements imprimés aux lames conductrices doivent être parfai- « tement d'accord avec ceux de la chaîne, les deux opérateurs doivent manœuvrer « à l'unisson. Enfin, le grand reproche qui s'adresse au forceps-scie, c'est qu'il « est insuffisant comme moyen d'extraction, qu'on est souvent obligé d'employer « les pinces à os, malgré tous les défauts qu'elles présentent. Néanmoins, il est à « regretter que le maniement de cet instrument ne soit pas mieux connu en « France, où le défaut d'expérience ne nous permet pas d'apprécier ses avantages « ou ses inconvénients à leur juste valeur. »

Autant de mots, autant d'inexactitudes. Pardon, Messieurs, le premier et le dernier mot de cette critique sont exacts, en ce qu'ils expriment l'aveu que cet instrument a été peu essayé en France. A part cela tout est erreur.

En attendant que je vous fasse partager mon avis à cet égard, je vous dirai que M. Tarnier a fait trois applications de notre forceps-scie et qu'il obtint trois succès (3). Ces succès l'ont-ils découragé et serait-il donc vrai, ainsi que le disait un jour, à sa clinique, un professeur de Vienne, que Dieu, dans sa colère, inspira au Dr Van Huevel, l'idée de son céphalotôme pour le malheur de l'humanité ; ou bien un excès de complaisance, de vénération pour *un bon vieux serviteur*, comme l'a

(1) *Compendium der geburtshilflichen Operationen für den Gebrauch in der Praxis von* Victor Hüter (in Marburg). — Leipzig, verlag von F. C. W. Vogel — 1874.

(2) Schroeder. *Manuel d'accouchements.*

(3) *Gazette obstétricale de Paris,* 1873, 20 novembre.

dit M. Depaul du céphalotribe, *qu'il ne faut pas laisser détrôner* (1) nous rend-il témoins d'une sorte d'indifférence, coupable dans l'espèce. pour ce que j'appelle, moi, un bienfait du ciel ; pour un autre serviteur qui, en fait d'égards, ne réclame qu'une sévère mais impartiale appréciation de ses actes?

Cependant, Messieurs, et votre présence à ce congrès en témoigne, la science est cosmopolite ; nulle frontière ne peut l'arrêter dans sa marche sans cesse envahissante. Issue d'un pays, elle doit être la fille d'adoption de tous les autres, et régner en souveraine sur l'univers entier, pour l'éclairer des feux étincelants de son flambeau, surtout quand la santé et la vie sont en jeu : devant elle, l'indifférence doit sortir de sa torpeur, comme les sentiments de nationalité, si louables d'ailleurs, doivent respectueusement s'effacer. Pourquoi donc n'assistons-nous pas chaque jour à ce spectacle sublime ? D'où vient cette réprobation pour le forcepsscie ? quel est le sentiment qui l'inspire ? pourquoi ce silence ou ce laconisme écrasants ? pourquoi quasi partout les mêmes affirmations et quasi nulle part de discussion sérieuse, basée sur une expérimentation suivie ? A ces questions, Messieurs, je cherche une réponse sans la trouver, je vous l'avoue ; car je n'ai pas le droit, encore moins l'intention d'appliquer à qui que ce soit, les insinuations d'un médecin français, l'honorable M. Marchant, de Charenton, qui, lui, jugeant ses compatriotes, ne paraît guère aussi embarrassé que moi. Seulement, s'il a la franchise d'exprimer son opinion avec beaucoup d'indépendance de caractère, il le fait en des termes si peu flatteurs à l'endroit de ses concitoyens que je me hâte de déclarer, pour l'honneur du corps médical français, que je n'en partage aucunement la responsabilité. En effet, voici ce qu'il écrit dans *Le Mouvement médical*, à propos d'un mémoire qu'il y publie sur le levier, mémoire condamné, selon lui, aux oubliettes de l'Académie de médecine de Paris, « parce que l'honorable rapporteur nommé avait, comme l'abbé Vertot, « son siége tout fait, c'est-à-dire, un article *levier* composé à l'imprimerie pour « un grand dictionnaire de médecine. » Bien que ce ne soit pas ici le lieu, dit-il, « je ne puis pas m'empêcher de penser, en raison de l'accueil fait à mon livre, « que l'obstétricie française constitue une petite église qui a son dogme et son « symbole, en dehors desquels nulle science ne peut exister. Ses prosélytes « convaincus vous répondent toujours par cette phrase : « Malgré l'autorité de « M. Velpeau, par exemple, nous pensons. » N'allez pas vous aviser d'invoquer « l'expérimentation. Levret et Baudelocque sont les continuateurs d'Aristote et « de Galien ; ils ont parlé, ce sont des articles de foi. Bacon et Descartes, qui ont « établi la toute-puissance de l'expérience et du raisonnement, et qui ont régénéré « toutes les sciences et les arts qui s'appuient sur la science, sont comme non- « avenus dans la science et l'art des accouchements. L'autorité des noms l'emporte « sur celle des faits. » (2)

Je vous l'ai dit, Messieurs, et je veux vous en convaincre, je n'entends nulle-

---

(1) Dr L. Hubert. *Cours d'accouchements*, 1869, p. 186.
(2) *Le Mouvement médical*, 1869, n° 46, p. 545 et 1870, n° 18, p. 214.

ment partager la responsabilité de ces lignes, ni le jugement de leur auteur sur le caractère professionnel des praticiens de son pays. Je m'empresse même d'ajouter que ses paroles ont un sens trop général, et j'ai à cœur de réhabiliter, devant cette illustre assemblée, les médecins français qu'un langage un peu dur confond tous dans une injuste et commune accusation. Il est consolant, en effet, de savoir qu'à côté de ces médecins, auxquels notre honorable confrère fait allusion, il en est d'autres, et du plus haut mérite, qui, moins exclusifs, en France comme ailleurs, ont pressenti ou affirmé la supériorité du forceps-scie.

C'est ainsi que Jacquemier, dès 1846, alors que l'instrument de Van Huevel sortait à peine de ses ébauches, disait que « ce qu'il avait exposé des dangers et « des difficultés de se servir du céphalotribe, quand le rétrécissement du bassin « est un peu considérable, devait faire accueillir avec faveur les tentatives qui « ont pour but de trouver un moyen moins dangereux et moins limité. C'est à « ce titre, ajoutait-il, que je dois mentionner le *craniotôme* ou *le forceps-scie* de « M. Van Huevel. (1) — Cet appel à l'expérimentation est peut-être le premier qui ait été fait, et il dénote chez son auteur autant de perspicacité d'esprit que d'impartialité de caractère.

Voici comment le Dr R. Barnes, de Londres, professeur de clinique à l'hôpital St-Thomas, s'exprime dans ses *Leçons sur les opérations obstétricales,* traduites par le Dr A. E. Cordes, 1873 : « le professeur Faye, de Christiania, dit-il, homme « de jugement et d'habileté, estime que le forceps-scie est le seul instrument « qui puisse trancher une partie quelconque du fœtus, et ce chirurgien le pro- « clame commode, utile et sans danger. Nous ne pouvons pas, ajoute Barnes, « refuser un mot d'éloge à un instrument si bien recommandé ; il renferme une « idée nouvelle et il demande à être mis de niveau avec les autres méthodes « d'embryotomie, peut-être à les remplacer. »

Le Dr Saboia, professeur à la faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, dans son *Traité d'accouchements*, 1873, se déclare aussi très-partisan du forceps-scie.

Si nous portons nos regards vers l'Italie, nous voyons qu'il y a conquis une fort belle place et qu'il est l'instrument familier des maîtres les plus autorisés, des Billi, des Agudio et d'autres qui l'ont employé un bon nombre de fois avec succès (2). Cela est si vrai que, dans une lettre, en date du 23 Octobre 1863, que M. Fabbri, de Bologne, m'adresse, cet habile et vénérable professeur, si connu du monde obstétrical par ses nombreux et remarquables travaux, s'exprime en ces termes : « Certes, m'écrit-il, que je garderai pour toujours le souvenir de « la belle expérience dont je fus témoin dans votre amphithéâtre de la maternité. « Je regrette de n'avoir pas une autorité toute puissante ; mais, si je la possédais, « le forceps-scie, à l'heure qu'il est, se trouverait déjà placé à la tête de tous les « autres instruments destinés à la réduction du volume du fœtus et la plupart « d'entre eux seraient déjà oubliés à jamais. »

En 1863, dans sa *Thèse inaugurale,* et depuis en plusieurs autres occasions, le

---

(1) J. Jacquemier, *Manuel d'accouchements*, 1846.
(2) *Del forcipe-sega.* Memoria di concorso del Dr F. Agudio. Milano, 1863.

Dr Verrier, de Paris, le premier en France, disons-le à son grand honneur, s'est constitué le défenseur éclairé et convaincu du forceps-scie ; et dans son *Manuel d'accouchements*, en 1867, il conclut en ces termes : « Le forceps-scie répond « donc à toutes les exigences de l'embryotomie ; de plus, si l'on ne peut pas dire « que cet instrument ne fera jamais courir de danger à la femme, on peut du moins « déclarer que ces dangers seront toujours moins grands que ceux auxquels « l'expose le céphalotribe ; je dirai plus, je considère ce moyen de délivrance « comme plus sûr, pour la mère, que le forceps ordinaire, dans les bassins très-« rétrécis, alors que l'on est obligé d'employer la force progressive ou les appareils « à tractions continues.

Dans son excellent *Traité d'accouchements*, 1867, le Dr Joulin, en commençant le chapitre où il va parler de l'instrument de Van Huevel, dit que tous les embryotômes, dont il vient de faire l'étude raisonnée, « ne fournissent que des « résultats assez peu encourageants. » Rapportant ensuite 89 cas qu'il a recueillis d'application du forceps-scie, il ajoute : « 19 femmes ont succombé, ce qui donne « une proportion de 21 pour 100. Ce résultat est assez favorable, dit-il encore, si « on le compare à celui fourni par le céphalotribe dont le chiffre de mortalité « s'élève à 30 pour 100.

» En résumé, continue-t-il, le forceps-scie donne 9 guérisons de plus que le « céphalotribe et c'est là un résultat assez imposant, pour qu'on adopte l'instru-« ment de Van Huevel, au moins dans tous les hôpitaux d'accouchements. Il est « regrettable qu'en France, on n'ait point encore tenté de l'appliquer, et l'on doit « féliciter Verrier des efforts qu'il a faits pour en vulgariser l'emploi parmi nous. « On n'a pas le droit de se montrer indifférent pour une opération qui sacrifie « moins de malades que celle qu'on a l'habitude de pratiquer ; la routine, en « pareil cas, devient de l'inhumanité. »

Qu'ajouterais-je, Messieurs, après ces éloquentes paroles de Joulin, ce maître en la matière ? Ne sont-elles pas la condamnation, sans appel, des embryotômes classiques employés par nos voisins, et la consécration définitive du forceps-scie ? Vingt et un pour cent de mortalité, c'est-à-dire, 9 guérisons de plus qu'avec le céphalotribe, c'est déjà là un résultat imposant, en effet, alors surtout qu'on a additionné les cas, tels qu'on les a recueillis dans diverses publications, sans s'arrêter aux circonstances fatalement meurtrières qui en ont accompagné plusieurs. Si je fais cette remarque, c'est que sur ces 89 cas, il en est 6 qui ont été opérés, en 1851, par le professeur Simon, de Liége, et 42 qui nous appartiennent et qui sont détaillés dans nos livres de clinique. Mais, qu'aurait dit Joulin, s'il avait connu nos chiffres ? Qu'en direz-vous, Messieurs, quand je vous les aurai fait connaître dans toute leur vérité ?

De 1847 au 5 septembre 1875, les registres de notre maternité renseignent 175 femmes délivrées par le forceps-scie (1) ; depuis lors 5 autres l'ont encore été ; en

(1) Quelques uns de ces cas, dès les premières années du forceps-scie, ont été publiés, avec des réflexions y relatives, par le prof. Van Huevel, dans la *Presse médicale Belge* ; par le Dr Debiefve, en 1844, dans les *Archives de la médecine Belge* ; par le Dr Feigneaux.

y ajoutant les 8 opérations du Dr Guillery, de Bruxelles, lequel, dans sa thèse (1) en mentionne une du Dr Grandry, de Tilleur-lez-Liége; les 6 du professeur Simon, de Liége, parceque nous en avons aussi les observations détaillées (2) et 26 en dehors de ma pratique hospitalière, cela fait 221.

De ces 221 femmes, il en est 47 qui ne doivent pas, en toute justice, entrer en compte, parce qu'elles étaient *mortellement atteintes avant* l'emploi du forceps-scie (3). En effet :

2 succombaient sous les coups redoublés d'accès foudroyants d'éclampsie;

5 avaient une péritonite bien caractérisée, suite d'essais variés de délivrance;

1 a supporté cinq jours de travail et les plus grandes violences ;

2 présentaient une gangrène vulvo-utérine par suite de longueur excessive du travail et de diverses manœuvres ;

1 succombait d'hémorrhagie foudroyante, sans aucune lésion d'un organe quelconque;

1 frappée de méningo-encéphalite, avait un caillot à la base du cerveau ;

1 avait été l'objet de tous essais de délivrance : forceps, levier, perforation crânienne, crochet, pinces;

34 étaient *in extremis* par suite de *déchirures* spontanées ou traumatiques du vagin, du col et du corps de l'utérus, toutes lésions préalablement constatées par nous, confirmées par les élèves et, le cas échéant, par les médecins qui avaient réclamé notre assistance. Une autre, opérée depuis plusieurs jours, guérie puisqu'elle n'avait pas un instant souffert de quoi que ce fût, est morte subitement en faisant elle-même sa toilette. L'autopsie n'ayant découvert nulle part d'autre cause de ce décès instantané que la présence d'un caillot volumineux dans le cœur droit et dans l'artère pulmonaire, personne ne voudrait non plus considérer cet accident comme le fait du forceps-scie. Laissant donc de côté ces 47 morts dont l'embryotomie n'est évidemment pas justiciable, il reste 174 cas parmi lesquels, je dois le dire et les énumérerai tantôt, il y a encore des causes nombreuses de mortalité qui lui sont tout-à-fait étrangères, tels que l'épuisement de la femme, la longueur excessive du travail, l'éréthisme utérin, les tentatives souvent inopportunes, brutales et presque toujours réitérées et vaines de délivrance, les contusions des organes génitaux, la métro-péritonite commençante, toutes chances mauvaises, bien constatées à l'avance et consignées dans les observations y relatives. Néanmoins, de ces 174 femmes, 158 sont guéries et 16 seulement ont succombé, ce qui donne une mortalité de 9.1 pour cent, c'est-à-dire, 21 de moins que le céphalotribe d'après Joulin !

---

en 1849, dans le *Journal des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*; par le Dr Marinus, en 1851, dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, et par moi, en 1856, dans la *Presse médicale Belge*.

(1) Dr Guillery. *Dissertation sur la pelvimétrie et les différents modes de délivrance, en cas d'extrême étroitesse du bassin.* Bruxelles, 1855. p. 88.

(2) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 1851-1852. Tom XI, n° 1.

(3) Voir le résumé chronologique à la fin de ce travail.

Mais, me dira-t-on, votre embryotôme vit le jour en 1842; qu'est-il devenu pendant ses premières années? Auriez-vous peut-être à rougir de ses péchés de jeunesse; ou bien, cachez-vous malicieusement quelque méfait dont il serait coupable?

Dieu m'en garde, Messieurs, car c'est la cause de l'humanité que je plaide en ce moment, et cette cause est trop grande et trop sacrée; l'intérêt que je lui porte, est trop légitime et d'ailleurs trop désintéressé pour que, traitreusement, de propos délibéré, je trompe ceux qui doivent la servir.

Né en 1842, le forceps-scie fit ses premières armes, sur un sujet vivant, le 6 juin 1844. C'était en ville, sur une dame P....., en travail depuis le 2, c'est-à-dire, depuis quatre jours et chez laquelle le forceps, plusieurs fois appliqué, avait échoué. Cette dame guérit et, jusqu'en 1846 inclusivement, celle-ci comprise, sept femmes furent opérées, ce qui porte notre chiffre total à 228. Mais l'instrument était alors encore très-imparfait et, de ces sept femmes, cinq étaient dans les conditions les plus détestables, une notamment ayant une large déchirure du vagin, *avant* l'emploi de l'embryotôme et une autre, *déchirée* également, avait été *préalablement* aussi l'objet de tractions vigoureuses avec le grand forceps, puis d'une version dont l'exécution fut des plus laborieuses. Néanmoins, il y eut deux succès. Mais, comme je viens de le dire, de ces sept femmes, il en est deux qu'il faut évidemment rayer, en raison des ruptures et des manœuvres multiples et contusionnantes qui ont précédé leur délivrance. Des cinq autres, deux étaient en travail depuis trois longs jours et le forceps avait été vigoureusement essayé sur elles; de plus l'une d'elles était éclamptique; quant à une troisième, il y avait cinq jours qu'elle était dans les douleurs. Encore, celà ne donnerait-il, en acceptant ces trois cas, si désespérés qu'ils soient et qu'en toute justice nous pourrions récuser, que 19 décès sur 179 femmes, c'est-à-dire, 10.6 pour 100.

Messieurs, ceci me conduit à vous redire que, parmi nos femmes délivrées au forceps-scie, il en est bien peu où l'instrument ait été appliqué dans des conditions rassurantes. La plupart, en effet, ont déjà préalablement subi toutes espèces de manœuvres et parfois de si compromettantes qu'à *priori* on les croirait presque toutes irrévocablement meurtrières. Le dénombrement suivant vous en donnera une idée. Sur les 179 cas ci-dessus mentionnés, déduction faite des 49 dont la réussite était *reconnue impossible*, nous trouvons *avant* l'emploi du forceps-scie(1) :

48 cas d'application avec tractions répétées du forceps;

22 cas d'application plusieurs fois renouvelée et soutenue du forceps;

10 cas d'application du forceps et du levier ensuite;

11 cas de version pelvienne;

15 cas de version pelvienne suivie d'essai avec le forceps;

1 cas de version suivie d'application du levier;

1 cas où le forceps a produit une large rupture périnéale avec éraillures du vagin;

(1) Voir le résumé chronologique à la fin de ce travail.

2 cas, dont un à diverses reprises, d'application du levier suivie de rupture périnéale;

1 cas où il y avait une tumeur fibreuse de l'utérus et où le forceps avait été employé;

2 cas d'éclampsie;

1 cas de forceps et d'essai d'amputation du bras prolabé;

1 cas d'application du crochet pour l'extraction du siége;

1 cas de tentative de diatrypsie;

5 cas de dilatation forcée du col utérin;

1 cas de version suivie du levier et du forceps après;

2 cas d'éclampsie où il y eut emploi du forceps;

2 cas de rupture périnéale à la suite de trois applications de forceps dans l'un et de quatre dans l'autre;

1 cas où il y avait eu plusieurs applications de forceps, perforation du crâne fœtal et éraillures du vagin;

6 cas d'excès de longueur du travail et, par suite, épuisement des femmes.

129 cas avec complication.

En somme, sur les 179 cas dont 160 guéris, nous en avons 129 si compliqués, que la plupart semblaient plutôt devoir être suivis d'insuccès, tandis qu'ils prouvent, de la façon la plus éloquente, l'innocuité et la sûreté d'action du forceps-scie. Ces 129 cas attestent, d'autre part, que les circonstances qui les ont accompagnés, sont les causes évidentes des accidents puerpéraux plus ou moins graves dont certaines opérées ont souffert.

Toutes ces femmes, à une ou deux près, étaient atteintes d'angustie pelvienne. La mensuration exacte n'a pas été faite chez toutes; mais voici, parmi les guéries qui ont été mesurées, les dimensions du bassin prises avec le pelvimètre universel de Van Huevel. Chez cinq, la mensuration a porté sur les diamètres sacro-pubien et sacro-cotyloïdiens; elle a donné:

	Sacro-pubien	Sacro-cotyloïdien gauche	Sacro-cotyloïdien droit
Chez 1 femme	0.080	0.058	0.072
» 2 »	0.070	0.063	
» 1 »	0.065	0.054	0.054
» 1 »	0.057	0.057	0.052

Les chiffres qui suivent se rapportent au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur:

0.088 chez	1	femme	0.067 chez	10	femmes	0,056 chez	1	femme
0.080 »	5	»	0.065 »	7	»	0.055 »	1	»
0.078 »	1	»	0.063 »	14	»	0.054 »	4	»
0.077 »	1	»	0.062 »	7	»	0.052 »	1	»
0.076 »	5	»	0.061 »	2	»	0.050 »	2	»
0.075 »	13	»	0.060 »	6	»	0.047 »	2	»
0.074 »	2	»	0.058 »	11	»	0.045 »	2	»
0.070 »	6	»	0.057 »	1	»	0.043 »	1	»
0.068 »	4	»						

Je vous le demande, Messieurs, en présence de ces chiffres qui ont chacun leurs détails circonstanciés dans mes notes, est-il beaucoup d'opérations chirurgicales majeures, se passant au sein d'organes aussi importants, aussi sensibles à s'enflammer; si meurtris et si contusionnés que le sont ceux d'une femme qu'on

essaie en vain de délivrer par tous autres moyens, comme l'ont été la plupart de celles que nous avons opérées, en est-il beaucoup, dis-je, qui donnent une statistique aussi favorablement imposante, pour me servir de l'expression de Joulin ? Et que serait cette statistique si, après avoir constaté par la mensuration attentive du bassin et par le volume approximatif du fœtus, que les chances d'extraire celui-ci vivant ou viable, par le forceps, le levier ou la version, sont à peu près nulles, on recourait au forceps-scie, sans le faire précéder d'aucune manœuvre, ou tout au moins sans se livrer sur les pauvres mères à tous ces essais qui les surmènent, les anéantissent et font désespérer de leur dernière chance de salut ? M. Verrier a donc mille fois raison en disant. « Voilà les causes qui viennent compromettre le succès d'une opération qui, en elle-même, est tout aussi « simple pour la femme qu'une application de forceps ordinaire, ce qu'on ne « peut pas toujours dire du céphalotribe (1) » et en répétant, dans son *Manuel d'accouchements* que « le succès du céphalotôme belge sera assuré, si l'on a com- « mencé l'opération de bonne heure, et si elle n'a pas été précédée de tentatives « de version, d'applications de forceps ou autres manœuvres qui pourraient en « compromettre le résultat. » C'est alors, en effet, qu'éclateraient, dans toute leur vérité, l'innocuité et la sûreté de l'instrument ?

Après celà, n'allez pas m'imputer l'absurde prétention de voir les opérées, sur lesquelles il est appliqué en temps opportun, sortir toutes saines et sauves, de cette épreuve. Mais à ceux-là qui nous en feraient un grief, je demanderai combien déjà ils n'ont pas vu de femmes qui ont succombé à l'accouchement le plus facile, sans même que qui que ce fût les eût touchées ?

Messieurs, je pourrais m'arrêter ici ; cependant, avant de terminer ce sujet, je vous demande de pouvoir encore jeter un coup d'œil rapide sur un article de M. Verrier, inséré dans la *Gazette obstétricale* de Paris, intitulé le FORCEPS-SCIE DES FRANÇAIS. Celà me fournira l'occasion de disculper le nôtre des griefs qu'on lui attribue. Nous lisons dans cet article : « Le génie de M. Tarnier a doté la France « d'un magnifique instrument d'obstétrique ; lui aussi vient d'inventer un forceps- « scie qui, par les avantages qu'il présente et l'ingéniosité de son mécanisme, « surpasse de beaucoup en valeur celui de Van Huevel et a pour nous ce mérite « d'être un instrument national, LE FORCEPS-SCIE DES FRANÇAIS.

La première remarque, que je ferai, c'est que cet article si élogieux, si triomphant, date du 20 décembre 1875. M. Verrier, dans cet article, nous apprend aussi que l'instrument, qu'il nous fait connaître le premier, a déjà figuré à l'exposition universelle de Vienne. D'autre part, la critique du forceps-scie belge, par M. Tarnier, critique qui remonte à 1865, comme je le disais tantôt en la citant, reparaît encore en 1874, dans la neuvième édition de Cazeaux, signée du nom de ce savant auteur qui, cependant, n'a pas jugé à propos d'y mentionner son innovation (2).

---

(1) Dr Eug. Verrier, *Parallèle entre le céphalotribe et le forceps-scie*, 1865, p. 21.

(2) Ces paroles ont rencontré de l'écho en dehors de l'enceinte du Congrès médical de Bruxelles, où elles ont été prononcées. Seulement, en raison de ce que, jusqu'ici, elles

Il est donc matériellement avéré que notre forceps-scie en 1874, comme auparavant, avait encore tous les défauts : coûteux, compliqué, trop large, enclavement et rupture de la scie, nécessité d'avoir un aide exercé, insuffisant pour l'extraction ; en un mot, un propre à pas grand chose ! tandis qu'une modification de cet embryotôme, laquelle présente, en double au moins, les prétendus inconvénients de l'original, était en 1875, au dire de la *Gazette obstétricale*, une merveille, une perfection, un propre à tout !

Messieurs, la critique de M. Tarnier, je n'en ai pas le moindre doute, a toujours été sincère, loyale, bien étudiée ; elle a toujours été l'expression de sa conviction. Mais alors, n'en déplaise à la presse qui s'exprime avec tant d'enthousiasme, M. Tarnier condamne d'avance son propre instrument, puisque nous y retrouvons identiquement les imperfections de celui qu'il a si longuement critiqué, je vous le prouverai. Au contraire, le jour où il préconisera l'excellence de sa modification, comme elle nous est présentée aujourd'hui, il devra loyalement revenir sur son jugement d'autrefois et relever notre forceps-scie de tous les griefs qu'il lui imputait naguère.

Ces réflexions faites, Messieurs, examinons ensemble l'instrument de M. Tarnier, tel qu'il a été publié par la *Gazette obstétricale* de Paris. Et d'abord, je n'hésite pas à le déclarer, je le considérerais comme le fait d'une conception toute neuve, heureuse, comme un acheminement vers quelque chose de plus simple, de meilleur, si ce plus simple, ce meilleur, dans l'espèce, n'était pas vieux de 33 ans. En effet, l'esprit de l'homme est ainsi fait : généralement, il n'arrive à la solution des grands problèmes que par des détours très-compliqués dont l'étude, appuyée sur l'expérience, le ramène peu à peu à la simplification. C'est ce qui est arrivé à Van Huevel, comme à tout autre inventeur. Dans le cas qui nous occupe, par une étrange anomalie des tendances communes, nous voyons précisément le contraire : M. Tarnier trouve à côté de lui la simplicité, dont tant d'autres, M. Joulin notamment, sont ravis ; il la dédaigne, ou plutôt il s'ingénie à la compliquer. En effet :

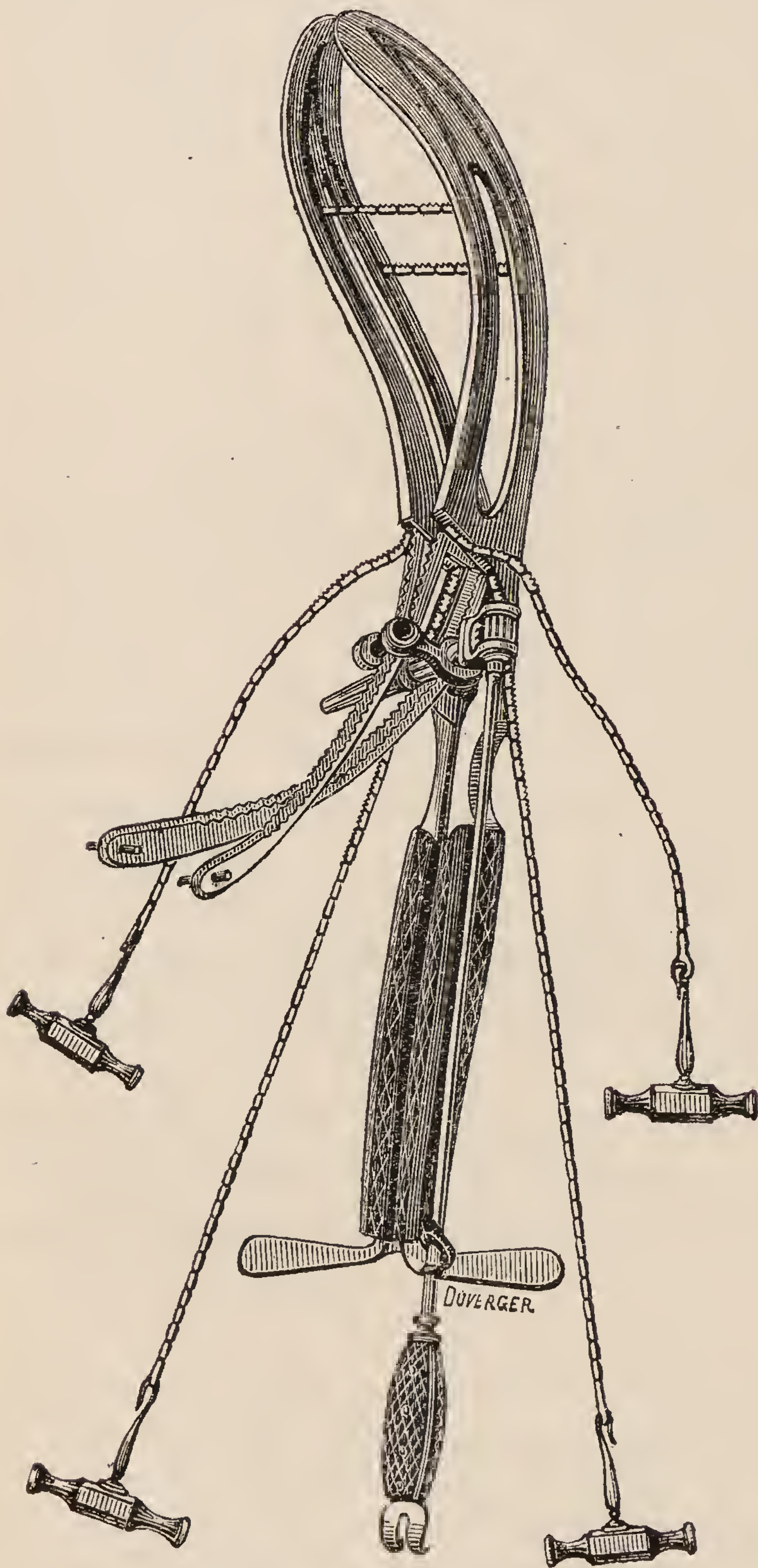
1° Dans le forceps-scie modifié par M. Tarnier, il y a deux chaînes, quatre poignées, quatre lames conductrices, quatre pitons mobiles, quatre gaînes en T, c'est-à-dire que l'instrument est doublé et que le prix, et la complication doivent

---

n'avaient encore reçu aucune publicité officielle, elles n'ont pas toujours été fidèlement recueillies et rapportées par la presse étrangère, notamment par la *Gazette médicale de Paris*, (30 octobre 1875). M. Tarnier y a répondu dans le n° 47 (20 novembre 1875) de ce même Journal, et je m'empresse de reproduire ici le motif pour lequel notre honorable confrère a maintenu sa critique dans la neuvième édition de Cazeaux, sans faire aucune mention de son instrument, souhaitant qu'à mon exemple, tous nos lecteurs veuillent bien considérer ce motif, qui ne change d'ailleurs absolument rien à mon argumentation, comme des plus sérieux. *Au commencement du mois de décembre* 1873, dit M. Tarnier, *tous mes collègues le savent, le soin de ma santé me déterminait à quitter Paris et à en rester éloigné pendant la plus grande partie de* 1874 ; *or, c'est pendant mon absence que des exigences de librairie ont forcé mon éditeur à faire imprimer la neuvième édition de Cazeaux, sur le texte de la huitième, sans que j'en aie annoté les épreuves.*

l'être en proportion. Croyez-le bien, Messieurs, je ne relèverais pas, dans une question d'intérêt social, humanitaire, cette mesquine objection d'argent, si M. Tarnier n'avait lui-même trouvé que notre forceps-scie, plus simple de moitié, coûte déjà beaucoup trop cher ;

2° Je ne sais pas quel est, à son point d'émergence, l'écart établi entre la double voie : pour peu qu'il soit prononcé, le placement de l'instrument sera douloureux, difficile, peut-être impossible, à cause même de la hauteur des cuillers à leur origine. Cet inconvénient se présentera surtout chez les primipares et dans le cas de barrure du bassin ; toutes les fois, en un mot, que le périnée sera résistant, ou l'angle sous-pubien peu élevé ; ou bien encore, lorsque celui-ci sera occupé par le cou du fœtus, comme cela arrive dans le cas de sortie du corps et arrêt de la tête au détroit supérieur. Si cet écart est petit, le segment intermédiaire aura une base étroite, et les deux côtés du triangle isoscèle qu'il forme seront si rapprochés vers leur partie supérieure, que le résultat sur ce point sera identique, à bien peu de chose près, à celui qu'on obtient par une section unique. En effet, la base du triangle est en bas, formée aux dépens de la voûte céphalique, ce qui n'est que d'un médiocre avantage, puisque la difficulté gît toute entière dans la portion pierreuse du crâne. Or, celle-ci ne sera guère plus attaquée par deux sections qui convergent très-obliquement, sous un angle suraigu, que par une seule.



Forceps-scie de M. Tarnier.

3° Et puis, sur quel segment la scie inférieure agit-elle? Evidemment et uniquement sur le postérieur ; or, cela est tout-à-fait inutile puisque celui-ci, par le fait de l'application méthodique de notre instrument, est souvent détaché ou à peu près, qu'il est toujours le plus petit et qu'invariablement il est le plus facile à extraire.

4° Lorsque les deux scies ont parcouru leur course jusqu'à rencontre, le segment

intermédiaire est naturellement libre; mais, comme la courbure de chaque gaîne, au lieu d'être parallèle à la courbure des cuillers, se rapproche vers le haut de la gaîne opposée (1) il est évident que le segment postérieur conservera des adhérences avec le tronc. Ce segment, avec notre céphalotôme, est forcément maintenu dans l'intervalle des cuillers puisqu'elles y ont prise, et il est généralement entraîné par elles, avantage incontestable que ne possédera jamais celui de M. Tarnier.

5° On nous reproche l'enclavement, la cassure de la scie; l'enclavement, fort rare d'ailleurs, est toujours surmontable par le retrait des lames; la cassure nous est arrivée trois fois, je pense, depuis 1842. Ce contretemps prouve qu'il est toujours prudent d'avoir une scie de réserve. Mais, c'est étrange combien souvent on avertit son voisin d'un danger qui le menace, sans prendre garde de s'en préserver soi-même. En effet, la modification que M. Tarnier propose n'exclut pas ce danger; elle le favorise, au contraire, car il est évident que la mobilité des fragments augmente avec la double section et que leur déplacement est une cause d'arrêt et de cassure de la chaîne.

6° Il nous faut, dit-il encore, un aide exercé. Erreur complète : j'ai délivré à la campagne, en la plaçant pour avoir assez d'espace, dans l'embrasure de la porte de sa misérable chaumière, à la nuit tombante, une pauvre femme rachitique, avec des aides qui ne connaissaient l'instrument que de nom et celà m'est arrivé plus d'une fois, notamment avec une élève sage-femme. Dans sa cinquième application, le prof. Simon, de Liége, ne disposait non plus que de la sage-femme de la maternité(2), et lorsqu'il employa le forceps-scie pour la première fois le Dr Grandry, de Lilleur-lez-Liége, n'avait pour tout aide qu'un ouvrier armurier. L'opération marcha néanmoins sans accident et les suites de couches furent toutes naturelles (3).

Je ne conteste pas à M. Tarnier de pouvoir en faire autant, mais il me semble qu'il a besoin, lui, de deux aides; en effet, il nous reproche d'avoir beaucoup de détails à surveiller, et il oublie qu'il doit *alternativement faire manœuvrer deux scies, en changeant chaque fois la clef de pitons et avec la précaution de ne pas donner trop d'avance à l'une sur l'autre* (4). Donc, s'il ne veut pas les laisser flotter au risque de les voir se tordre ou s'enchevêtrer dans l'appareil, il doit disposer d'un aide spécial pour tenir celle qui est momentanément en repos, tandis que, de concert avec l'aide qui tient l'instrument et tourne la clef, il manœuvre l'autre scie. Ces changements répétés, même avec des aides intelligents, exercés, ne sont-ils pas de nature à déplacer l'instrument, surtout à faire perdre aux fragments leurs rapports de contiguité, à y enclaver la scie, à la rompre et à retarder tout au moins l'opération ?

7° M. Tarnier qui nous fait un grief de ne pouvoir appliquer notre instrument en deçà de 45 millimètres (il devrait dire 40), attaquera-t-il avec le sien, dont les

---

(1) *Gazette obstétricale de Paris*, 1873, 20 décembre p. 441.
(2) *Bull. de l'Académ. roy. de méd. de Belgique*, 1851-1852, Tom. XI, n° 1, p. 54.
(3) Dr Guillery, *loc. citat.*
(4) *Gazette obstétricale de Paris*, 1873. n° 24.

cuillers ont au moins la même largeur, un fœtus à terme qui devrait passer à travers un rétrécissement inférieur? Doit-il, moins que nous, veiller aux détails de l'opération? Je ne crois pas devoir répondre à ces questions, car chacun les a déjà résolues et puis, je suis pressé de lui demander s'il ne se trompe pas encore en pensant opérer toujours la délivrance sans recourir jamais à la pince. D'abord, il n'entraînera jamais la tête avec son forceps, puisque les cuillers n'ont aucune prise ni sur le segment antérieur ni sur le segment postérieur. Je le reconnais, et l'ai déjà dit, les cuillers sortiront avec la tranche médiane et pas autre chose, tandis que chez nous elles sortent, si pas avec les deux fragments, au moins avec le postérieur dans la pluralité des cas. Comment, dès lors, extraira-t-il les autres segments, y compris le tronc ? Peut-être abandonnera-t-il le travail à la nature ; mais si la femme est épuisée ? Mais si la matrice est inerte pendant des journées entières comme, il y a quelques semaines, j'en ai vu un exemple après dissociation spontanée et sortie des os crâniens d'un fœtus putréfié, atteint d'encéphalocèle ? Mais s'il survient un accident? Et puis, la section à double voie empêchera-t-elle le segment antérieur, adhérent au tronc, de butter contre et au-dessus parfois de l'arc pubien, et ne favorisera-t-elle pas l'arrêt du segment postérieur et par suite son déploiement contre et au-dessus de la saillie sacrée? Je sais, par expérience, tout ce que peut la main après la section crânienne ; mais si la main est impuissante, mais si le fœtus est putréfié et si les os se détachent les uns après les autres, M. Tarnier, pour terminer, dédaignera-t-il la pince, le crochet, les lacs ? Notre honorable et savant confrère a trop vu et il est trop au courant des mille difficultés de la pratique pour ne pas reconnaître ce qu'il y a de fondé dans ces réflexions, basées sur ce qui est toujours possible, quel que soit d'ailleurs l'embryotôme employé.

8° J'ai prouvé que la scie inférieure est inutile, qu'elle n'a pas sa raison d'être. J'ajoute maintenant qu'elle peut devenir dangereuse et donner lieu aux plus graves accidents ; je m'explique : parcourant toute la jumelle postérieure, elle n'est éloignée du bord convexe de la cuiller que de quatre ou cinq millimètres. Or, n'oublions pas que l'embryotomie se pratique surtout en cas de primiparité ; qu'alors le périnée jouit de son maximum de réaction et que cette réaction, en sollicitant en avant l'entablure, tend invariablement à reporter les cuillers en arrière vers et contre la paroi sacro-lombaire du conduit vulvo-utérin. D'autre part, le bassin est rétréci et le promontoire fait une saillie qui peut dépasser les bords convexes du forceps. On y rencontre parfois des exostoses ; j'eus l'occasion d'en voir une, grosse comme une amande, au niveau du corps de la première vertèbre sacrée ; fort souvent aussi le col conserve une certaine longueur ; il n'est même pas rare de le trouver flottant entre les cuillers, pas plus qu'il ne l'est de voir la portion utérine, correspondante à l'orifice interne du col, y faire un bourrelet circulaire, saillant de l'épaisseur d'un doigt. Quelquefois encore le vagin est tuméfié, ses parois sont épaissies ou relâchées, et l'on y constate la présence de paquets variqueux dont la proéminence peut être augmentée par la pression qu'y exerce le rectum souvent distendu par les matières y contenues. Cette saillie du vagin, entre les cuillers, est fort commune.

Eh bien ! Messieurs, toutes ces particularités nous sont indifférentes à nous,

puisqu'elles échappent certainement à l'action de notre embryotôme qui les tient éloignées de sa chaîne unique, tandis que rien ne les protége dans le prétendu perfectionnement de M. Tarnier. En effet, toutes peuvent se trouver au devant de la scie surajoutée et en subir les atteintes fatalement et peut-être instantanément mortelles.

9ª Et pourquoi placer les gaînes, les scies, les pitons et la clef au-dessus de l'entablure ? Pour la facilité de placement des lames conductrices, dit-on. Grande difficulté, en effet, que d'introduire deux lames dans chacune de leurs coulisses dont on a l'entrée sous les yeux et qu'on touche de ses doigts ! Ce prétendu perfectionnement n'est d'ailleurs que la reproduction exacte, fidèle, de l'ancien forceps-scie de Van Huevel, lequel n'était pas confectionné autrement et dont j'aurais l'honneur de vous montrer un exemplaire, celui qui a servi aux premières expérimentations. Mais cette disposition est vicieuse, car, s'il est vrai qu'elle facilite le placement des lames, il est évident aussi qu'elle contrarie singulièrement la manœuvre, puisque les deux mains de l'opérateur, dans leur mouvement de va-et-vient, dans la direction de l'axe des coulisses, doivent passer près des lames et au-dessus des mains de l'aide qui de l'une tourne la clef et de l'autre tient les manches.

Cette dernière remarque prouve à toute évidence que le génie de M. Tarnier l'a conduit, non pas à une nouvelle et glorieuse conquête scientifique dont il aurait doté la France, comme dit M. Verrier, mais uniquement à mettre deux scies à un instrument qui n'en réclame qu'une seule, et en renouvelant un mécanisme adopté dès 1842 par le prof. de Bruxelles, mais bientôt abandonné, et pour cause, par son auteur même.

Est-ce à dire, Messieurs, que je croie le forceps-scie imperfectible ? Eh, mon Dieu, non, pas plus que toute chose d'humaine création ; c'est ainsi que j'y verrais une simplification réelle si l'on arrivait, par exemple, à faire agir avec sûreté la scie de haut en bas, car cela supprimerait du coup et la clef et les lames conductrices. Mais, que sous prétexte de l'améliorer, alors qu'on avoue le connaître à peine et ne l'avoir guère essayé tel qu'il est, on ne commence pas par le compliquer, en lui laissant tous les défauts, pas un seul excepté, qu'on lui reproche si gratuitement. Non, Messieurs, je ne suis pas plus royaliste que le Roi, et je ne veux pas faire à Van Huevel dont je connais les sentiments, l'injure de le paraître. « Tous mes efforts passés, m'écrivait-il un jour, ont eu un seul but : « délivrer les femmes contrefaites le plus sûrement, le plus facilement et le « plus promptement possible. J'approuverai donc toujours ce qui conduira le « mieux à ce résultat, et je proclamerai sans envie la victoire de celui qui « surmontera complétement ces difficultés. »

Permettez-moi, Messieurs, de vous assurer que je me sens animé, comme lui de ces mêmes et si nobles sentiments ; c'est vous dire que, moi aussi, j'appelle de tous mes vœux la solution de ce grand problème auquel Van Huevel a sacrifié tant de veilles, et je serai des premiers, croyez-le bien, si je le vois un jour, à glorifier le nom de celui qui saura le mieux triompher de toutes les difficultés, de tous les dangers des rétrécissements pelviens en général, et de ceux de l'em-

bryotomie en particulier. La preuve de ma sincérité, Messieurs, je vous la donne immédiatement en vous signalant, comme fort ingénieuse, l'idée de M. Mathieu de rendre les lames conductrices flexibles, grâce à des entailles alternées à l'un et à l'autre de leurs bords. Cette flexibilité lui permet de continuer les gaînes jusqu'au bout des manches et d'introduire par là les lames, la chaînette passant par un trou un peu en deçà des cuillers. Mais l'avantage de ce mécanisme est plus apparent que réel, que sérieux surtout, et il n'est guère compensé (je laisse de côté la fragilité des lames) par l'inconvénient de devoir placer l'articulation à l'extrémité de l'instrument. En effet, comme conséquence de ce mode d'articulation, les branches sont parallèles et la tête ne sera pas suffisamment immobilisée dans l'intervalle des cuillers, et dans le cas où celles-ci embrassent une tête volumineuse, ou suivant un grand diamètre, l'adaptation des points articulaires peut être impossible.

L'analyse que je viens de faire de l'instrument de M. Tarnier, m'a fait rencontrer quelques griefs articulés contre notre forceps-scie. Laissez-moi m'arrêter un instant à ceux que je n'ai fait qu'effleurer dans le cours de mes citations.

Trop cher, trop difficile à manier, voilà ce que l'on dit et répète sans cesse; incertain dans son action et d'une applicabilité fort restreinte, voilà ce que l'on ajoute et bien d'autres choses encore.

Messieurs, nous n'avons pas le droit, devant le tribunal de la science et de l'humanité, de condamner un instrument parce qu'il est d'un prix élevé, pas plus que nous ne le pouvons sous prétexte qu'il est difficile à manier. Qu'on invoque ces arguments en présence d'instruments d'égal mérite d'ailleurs, rien de plus juste, mais hors de là, ils sont de nulle valeur. En effet, nos femmes et nos filles s'insurgent contre cette double objection dont la première tend à nous imputer des sentiments assez vils pour mettre nos intérêts matériels au-dessus de l'intérêt mille fois sacré de leur vie en péril, et dont la seconde nous rend coupables d'homicide par ignorance, par asservissement à la routine. Mais faut-il donc avoir le privilége d'une habileté exceptionnelle pour se servir du forceps-scie? N'en croyez rien, Messieurs, et ce serait par trop malheureux; car, dois-je vous le dire, ils sont bien rares, n'est-ce pas, les hommes vraiment privilégiés. Qu'est-ce, en effet, que cet instrument que l'on critique si fort et qu'on avoue connaître si peu ? C'est un forceps dont l'introduction et le placement des branches s'exécutent à la façon ordinaire, avec cette seule différence, toute à son avantage, *qu'il est inutile de jamais se préoccuper de la position de la tête fœtale*. On le met, à la méthode allemande, sur les parties latérales du bassin, avec l'unique précaution que la tête soit bien largement embrassée. Une chaîne dentée, poussée par deux lames conductrices dans une coulisse qui règne tout le long de chaque jumelle antérieure de l'instrument, tranche de bas en haut tout ce qui est compris dans l'intervalle des cuillers. Sans doute, il réclame un apprentissage étudié; mais où donc est l'instrument qui marche sans qu'une intelligence le guide, sans qu'il soit nécessaire de s'en rendre familiers tous les détails? Ces détails, je vous en fais grâce, parce que je les ai consignés avec beaucoup de soin dans une autre publi-

cation (1), et tout accoucheur, par cela même qu'il est arrivé à cette position, est apte à les observer et à obtenir les mêmes résultats que nous. N'avons-nous pas appris à manier le forceps, le levier, les crochets? Ignorons-nous et ne savons-nous pas surmonter toutes les complications de la version, manœuvre pourtant bien délicate, pleine de périls pour la mère et pour l'enfant, et certes plus difficile et plus dangereuse souvent que l'application du forceps-scie ?

D'ailleurs, je l'ai dit précédemment et c'est ici le moment de me justifier par un mot d'explication, si je ne l'étais déjà par mes chiffres ; le forceps-scie, Messieurs, est si inoffensif que vous pouvez, sans crainte aucune, en faire l'expérimentation. Et quelle serait, en définitive, la partie de l'appareil susceptible de blesser? Impossible que ce soient les cuillers, puisqu'elles ne servent qu'à immobiliser la tête et à frayer, dans leur épaisseur, une voie à la scie, sans exercer nulle part ni pression, ni violence. Impossible aussi que ce soit la chaîne, puisque son mouvement de va-et-vient se passe tout entier dans des coulisses qui protègent de son action les parois vaginales et utérines, lesquelles se trouvent en dehors, protégées elles-mêmes par les branches de l'instrument. Aussi, nos opérations se passent-elles toujours avec beaucoup de calme, parfois même avec une sorte d'indifférence de la part de la patiente ; et cela est si vrai que, sauf un cas ou deux où il y avait un délire nerveux avec une agitation extraordinaire, jamais nous n'avons fait usage de chloroforme. Toute l'opération d'ailleurs ne demande guère plus de cinq à huit minutes et quelquefois moins. Il y a donc loin de là à la cranioclasie dans laquelle, avec de puissantes tenailles on brise, on tord et on arrache les os ; et à la céphalotripsie qui consiste à répéter toutes les *deux, trois* ou *quatre* heures, des broiements multiples au nombre de *deux* ou *trois* par séance (2), pour abandonner ensuite à la nature, souvent tombée alors dans l'affaissement et l'impuissance, l'expulsion du produit. Or, il me semble désirable que l'accouchement, par l'embryotomie, s'exécute en un laps de temps le plus court possible et je ne suis pas seul de cet avis. « En vérité, dit Barnes, lorsqu'on « pense que la craniotomie ne se fait guère qu'à une époque avancée du travail, « et après de longues douleurs, il paraît peu rationnel de charger un organisme « déjà affaibli, d'une tache qui va le fatiguer encore, et sous laquelle il pourra « succomber. Notre devoir est d'aider la nature, et non de la laisser s'épuiser en « efforts sans la soulager (3). »

Mais les fragments, que sont-ils? comment se comportent-ils?

Si je faisais une étude comparative des nombreux procédés embryotomiques, j'adresserais précisément les mêmes questions au cranioclaste, au céphalotribe, à tous les démolisseurs du crâne. Mais, comme j'ai prévenu que cette étude m'entraînerait trop loin et que d'ailleurs ce serait m'écarter du sujet que je me suis imposé, je me bornerai, sans réclamer une réponse des autres, à donner la mienne, basée sur notre chiffre assez respectable d'observations.

---

(1) Dr Hyernaux, *Traité d'accouchements*, 2e édit. Bruxelles, 1866.
(2) Ch. Pajot, *De la céphalotripsie répétée sans tractions.* Paris, 1865.
(3) R. Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales,* traduites par le Dr Cordes, p 281.

Et d'abord, le forceps-scie agit-il d'une façon rationnelle et plus qu'aucun autre embryotôme? A moins d'y mettre de la mauvaise volonté, cela n'est pas un instant douteux, si l'on veut bien remarquer qu'il est *le seul* qui diminue le crâne fœtal dans le sens du diamètre pelvien le plus fréquemment vicié, c'est-à-dire suivant la ligne sacro-pubienne qui, déjà, est naturellement la plus courte. Et puis, la scie opère une segmentation nette, régulière, sans aspérités bien prononcées; mais de véritables esquilles, c'est-à-dire, des éclats d'os résultant d'une fracture comminutive, il n'y en a point.

Quant aux fragments, voici comment ils se comportent : la section faite, on enlève la chaînette d'abord, les lames conductrices ensuite. Alors, saisissant le forceps à pleine main, on tire en bas et en arrière pour amener la tête divisée à l'extérieur. La plupart du temps, les segments chevauchent l'un sur l'autre et les plans de section s'effacent mutuellement ; dans ce cas, nulle blessure n'est possible. D'autres fois, l'instrument n'entraîne, dans l'intervalle de ses cuillers, qu'un seul segment : c'est le plus petit, c'est celui qui est ordinairement libre, c'est le postérieur. Eh bien, alors, il est évident que la région postérieure du bassin ne peut pas être lésée, puisque la portion crânienne qui descend lui présente sa surface tégumentaire; quand à son plan de section, il glisse sur le segment antérieur qui protége momentanément les organes qui sont en avant, et dès l'instant où il dépasse ce segment, l'opérateur y applique les doigts, les plaçant entre le fragment qui descend et la paroi antérieure du vagin. S'il a fallu extraire avec la pince, les conditions, les rapports et la manœuvre sont exactement les mêmes.

Reste alors le fragment antérieur. Celui-ci présente sa surface tégumentaire à l'arc pubien où il ne peut rien intéresser, et son plan de section est dirigé en arrière, par conséquent vers la concavité du bassin, la portion la plus large de ce canal. Quoi de plus facile alors, puisque la tête est réduite de moitié ou à peu près, que de la saisir et de l'entraîner avec les doigts et, dans le cas d'insuccès, de recourir à la pince en ayant soin de reporter les doigts à plat dans la gouttière périnéale et d'attirer ce second segment auquel est attaché le tronc, sur la face palmaire de ces doigts, dont l'interposition protégera la paroi correspondante du conduit vulvo-utérin.

On me demandera peut-être encore si les segments ne cèdent jamais sans entraîner le tronc?

Évidemment cela peut arriver; mais, de grâce, est-ce encore là un délit du forceps-scie? Dites-moi, Messieurs, connaissez-vous un seul embryotôme à l'abri de ce fâcheux contre-temps? S'il existe, citez-le moi, je vous prie; je l'accepte sans autre examen et j'abandonne à l'instant celui que je défends avec tant de conviction. Non, cette complication n'est pas inhérente à notre méthode; elle est commune à toutes et elle le sera aussi longtemps qu'il y aura un enfant à naître, car elle reconnaît pour cause des états particuliers qui existent en dehors de tout procédé : tantôt c'est un rétrécissement trop considérable du bassin; tantôt c'est la décomposition fœtale ou un excès de volume des épaules; souvent aussi c'est l'éréthisme utérin qui demande à être combattu par les moyens qui agissent sur l'organisme de la femme : par la saignée, les bains, les opiacés, le chloro-

forme, etc. et quelquefois c'est à toutes ces causes réunies qu'il faut rattacher cette complication.

Que les fragments cèdent donc pour un motif ou pour un autre, cela n'enlève rien au mérite du forceps-scie et ne laisse pas moins intacte notre conviction, qu'il est d'une parfaite innocuité. Plusieurs de nos opérées l'ont été deux et trois fois. Dans un cas de grossesse gémellaire, j'ai forceps-scié les deux jumeaux à un jour d'intervalle, sans que la première opération, le corps était sorti, eut porté atteinte à la vie du second enfant qui se présentait par la tête, et même à l'intégrité de son enveloppe amniotique. La mère a guéri; son diamètre sacro-pubien avait 63 millimètres d'étendue. Dix-sept mois plus tard, je délivrais encore cette femme, à l'aide du forceps-scie avec le même succès.

Est-il besoin de faire remarquer que ce fait est d'une importance capitale, en ce sens que si le sacrifice d'un jumeau devient une nécessité, nous savons par expérience que notre embryotome respecte le second et que nous pourrons peut-être l'extraire vivant?

Le forceps-scie s'accommode à toutes les formes de bassins, et à tous les rétrécissements jusqu'à 40 millimètres dans le diamètre le plus court. Nous l'avons appliqué et manœuvré facilement sur une femme qui ne présentait respectivement dans ses diamètres sacro-pubien et cotyloïdiens gauche et droit que 45, 43 et 40 millimètres. Sans doute, nous pourrions bien descendre à 35, 30 et même 27 millimètres, comme les plus, je dirai les trop exagérés, si la question se bornait à une simple réduction du crâne; il suffirait, pour celà, de donner moins de largeur aux branches de l'instrument. Mais, si l'inventeur a fixé à 40 millimètres ses limites d'application, c'est uniquement parceque, en praticien sage et consommé, il considère l'extraction du corps du fœtus à terme, en deçà de cette limite, comme plus difficile et plus dangereuse que l'hystérotomie faite dans de bonnes conditions, laquelle, pour prix de ses dangers, donne au moins la certitude morale d'obtenir un enfant vivant. Chailly, si partisan qu'il soit de la céphalotripsie, en arrête même les indications à 55 millimètres. « En deça, dit-il, « l'extraction exige des efforts inouis qui contondent, dilacèrent les organes « maternels et laissent à la mère presqu'aussi peu de chances de salut que l'opéra« tion césarienne (1). » Velpeau (2) et P. Dubois (3) professent exactement la même opinion, et dans une réunion tenue à Berlin, la plupart des orateurs étaient aussi d'avis que le minimum d'espace, pour pratiquer la céphalotripsie est un diamètre conjugué de 54 millimètres (4); le Dr Eug. Lauth (5) dit qne l'indication de cette méthode embryotomique finit à 50 millimètres et, bien que M. Pajot prétende l'appliquer jusqu'à 27 millimètres (6), je ne sache pas qu'il ait réussi en-dessous de 5 centimètres.

---

(1) Chailly, *Traité d'accouchements*. Paris, 1861, p. 562.
(2) Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*. Tom. II, p. 492.
(3) Jacquemier, *Manuel des accouchements*. Tom II, p. 432.
(4) Dr Barnes, Loc. citat.
(5) *De la céphalotripsie*. Strasbourg, 1863.
(6) Ch. Pajot, *De la céphalotripsie répétée sans tractions*. Paris, 1863.

Messieurs, je ne dis pas absolument qu'on ne puisse jamais, dans des cas d'extrême étroitesse, arriver à la délivrance ; car je sais que, même sans lui venir en aide, la nature nous réserve parfois de grandes surprises ; mais ces surprises qu'elle nous fait ne doivent-elles pas plutôt nous mettre en garde contre ses séductions, que nous encourager à compter aveuglément sur elle ? J'ai vu deux femmes, à terme de grossesse, n'ayant que 54 millimètres de diamètre sacro-pubien, accoucher spontanément ; une autre n'avait que 45 millimètres ; néanmoins, son enfant à terme aussi et volumineux, a franchi, sans aucune intervention de notre part, cette étroite ouverture. Ces faits exceptionnels modifient-ils en quoique ce soit les indications qui découlent de semblables rétrécissements ? Evidemment non ; car les enfants étaient en putrilage et les mères ont succombé.

Dois-je vous dire, Messieurs, que sur les 228 opérations que nous comptons (j'en ai pour ma part 158), nous avons rencontré tous les cas possibles et que toujours le forceps-scie en a fait prompte justice, que le crâne se présentât le premier ou le dernier, que l'épaule fut fortement engagée dans l'excavation ou que la tête restât seule dans l'utérus après détroncation volontaire ou accidentelle. Dans ce dernier cas, la perforation, la céphalotripsie ou l'arrachement des os à l'aide de fortes pinces, du cranioclaste et autres instruments, rencontreraient une difficulté sérieuse dans la mobilité de la tête qui tend, quoique l'on fasse, à fuir devant la pression de ces instruments. Cette difficulté n'existe pas pour le forceps-scie, puisque son rôle est de maintenir la tête sans la solliciter vers le haut.

L'engagement de l'épaule n'est pas non plus un obstacle à son application : à deux reprises, ne sachant pas faire la version, nous avons pu sectionner le cou. Mais, aujourd'hui, qu'il est si facile et si simple d'arriver au même résultat à l'aide d'une ficelle, nous préférons de beaucoup le procédé que M. Pajot a l'honneur, si pas d'en être le premier inventeur, au moins de lui avoir fait prendre pied dans le domaine de la pratique (1).

Quant à la présentation du siége, avec sortie du tronc, elle constitue pour le forceps-scie un véritable triomphe, quel que soit d'ailleurs le rétrécissement ; car là où le corps d'un fœtus à terme a passé, cet embryotôme trouvera bien aussi à se caser, et dès que la section du crâne est terminée, ce qui dure à peine quelques instants, souvent même avant que la chaîne soit arrivée à la fin de sa course, une contraction utérine ou une légère traction sur les membres amènent immédiatement la délivrance, les fragments s'emboitant réciproquement ou se déployant comme la valve d'une tabatière. Donc, ce qui pour tous constitue une difficulté sérieuse devient pour nous une circonstance que nous serions heureux de rencontrer toujours.

Messieurs, ici se borne ce que j'avais à vous dire relativement au forceps-scie ; l'attention soutenue et bienveillante que vous m'avez prêtée et dont je vous suis cordialement reconnaissant, me donne l'espoir que, rendus à vos études et à votre clientèle, vous aurez quelque peu gardé le souvenir de ma communication, si jamais vous vous trouvez en présence d'un cas qui réclame l'embryotomie.

---

(1) Dr Hyernaux, *Embryotomie par décollation. Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.* Mai, 1870 et Juin 1875.

Je vous l'ai dit en commençant, je voulais accomplir un devoir envers l'humanité qui ne profite pas assez des avantages de notre céphalotôme. Ce devoir, je l'ai rempli d'après mes convictions profondes et dans la mesure de mes faibles moyens.

Et puis encore, je n'ai pas voulu laisser passer cette occasion solennelle, sans revendiquer pour mon pays tout ce qu'il y a d'original et de suffisant dans notre forceps-scie ; j'ai voulu protester contre des appréciations injustes qui ont surgi de toutes parts ; j'ai voulu, enfin, répondre à cet article de la *Gazette obstétricale* de Paris, lequel tend à éloigner des esprits le souvenir du nom de Van Huevel, au profit d'une illustration étrangère qui, après avoir invoqué des griefs imaginaires contre notre embryotôme, ne dédaignerait pas aujourd'hui de lui servir d'introducteur dans le monde obstétrical, grâce à un travestissement qui le gêne dans ses allures, sans corriger le moindre de ses prétendus défauts.

Non, Messieurs, ce nom ne périra pas ; il est immortel comme celui de Palfyn et, par droit de naissance, le forceps-scie comme le forceps est et restera belge. Toutes les révolutions, tous les cataclysmes scientifiques du monde ne lui enlèveront ni sa nationalité, ni ses titres indéniables à l'admiration de la postérité, aussi bien qu'à la sincère et légitime reconnaissance de l'humanité.

Aperçu chronologique de 228 cas d'application du forceps-scie.

NUMÉROS.	ANNÉES.	MOIS.	NOMS.	DIAMÈTRE SACRO-PUBIEN.	NOMBRE DE GROSSESSES.	JOURS DE TRAVAIL.	PRÉSENTATION PRIMITIVE.	État des opérées AVANT toute action du forceps-scie (1).	RAYÉES.	GUÉRIES.	DÉCÈS.
1	1844	Juin . . .	Madame P.	0.088	1re	5	Sommet.	Barrure du bassin ; forceps avec tractions vigoureuses et soutenues .		1	
2	»	Août . . .	Epouse P.	0.075	1re	3	Sommet.	Symptômes évidents de *rupture spontanée de l'utérus*. Deux applications de forceps et tractions exercées successivement par trois personnes différentes.	R.		
3	1845	Octobre . .	Marie A.	0.080	1re	2	Sommet.	Plusieurs accès d'éclampsie ; forceps			1
4	1846	Février . .	Marie D.		1re	3	Sommet.	Application du grand forceps. Épuisement			1
5	»	Mars . . .	Élisabeth D.	0.078	1re	5	Sommet.	Rachitique, taille 1m30. Barrure du pubis.			1
6	»	Juillet. . .	Épouse R.	0.067	6e	2	Sommet.	Rachitique (naissance naturelle de ses deux premiers enfants dont l'un vécut trois semaines et l'autre deux ans. Les trois derniers accouchements furent laborieux et terminés au forceps. Enfants nés morts). Application du forceps de Dubois. Tractions inutiles. Le bassin paraissant plus large à gauche qu'à droite, on espère terminer par la version podalique suivie du forceps. Version difficile et très douloureuse. Fortes et vaines tractions pour dégager la tête. *Contusions profondes. Épuisement*	R.		
7	»	Août . . .	Thérèse C.	0.065	7e	2	Sommet.	(Enfants antérieurs tous morts-nés). Prolapsus du cordon. Réduction. Dilatation lente du col. Application sans succès du forceps d'Uytterhoeven		1	
8	1847	Février . .	Cathérine R.	Rétrécie.	1re		Sommet.	Deux applications du grand forceps		1	

(1) Les indications entre parenthèses se rapportent aux antécédents des opérées.

									R	G	D
9	1847	Février . .	Mad^{e} M.	0.076	4^{e}		Siége.	Extraction de l'enfant par le siége. Arrêt de la tête		1	
10	»	Novembre .	Jeannette D.		2^{e}		Tronc.	Version pelvienne. Extraction impossible de la tête à l'aide de la main. Forceps infructueux		1	
11	1848	Janvier . .	Joséphine V.		1re		Siége.	Travail régulier		1	
12	»	Avril . . .	Cathérine R.		2^{e}		Sommet.	(1re fois forceps-scie en 1847). Travail régulier		1	
13	»	Mai. . . .	Anna V.	Rétrécie.	2^{e}	2	Sommet et bras	(Premier accouchement au forceps). Cette fois prolapsus du cordon et du bras ; essais de réduction du cordon. Forceps de Dubois. Tractions inutiles. Tentatives d'amputation du bras dans l'épaule .		1	
14	»	Novembre.	Elisabeth B.	0.056	1re	3	Sommet.	Rachitique. Taille : 1^{m}23		1	
15	»	»	Caroline D.	SP. 0.080 SCG. 0.058 SCD. 0.072	4^{e}		Face.	Présentation de la face. Le forceps a été appliqué 5 fois en ville. La version pelvienne est exécutée avec la plus grande difficulté et après deux essais dans des attitudes différentes		1	
16	1849	Janvier . .	Cath. S. ép. V.	0.078	1re	3	Sommet	Prolapsus du cordon. Vaines tentatives de réduction. Épuisement de la femme		1	
17	»	»	Antoinette F.		1re	3	Sommet.	Extrême sensibilité des parties sexuelles. Fortes tractions, sans résultat, avec le grand forceps. Ces tractions ont été 2 fois renouvelées .		1	
18	»	Mars . . .	Constance G.	SP. 0.070 SCG. 0.063	3^{e}	3	Sommet.	Application du forceps sans résultat. Col utérin gonflé, chaud, tendu .		1	
19	»	Mai . . .	Jeanne V.	Rétrécie.	1re	2	Sommet.	Deux applications de forceps à domicile. Rétraction de l'utérus .		1	
20	»	»	Henriette M.	0.067	1re	2	Sommet.	Écoulement prématuré des eaux		1	
21	»	»	Sophie G.	0.077	2^{e}		Sommet.	(Première couche laborieusement terminée au forceps : enfant petit et mort). Cette fois le forceps a été inutilement essayé à 2 reprises.		1	
22	»	Juin . . .	Césarine P.	Rétrécie.	1re	2	Sommet.	Écoulement prématuré des eaux. Application du forceps. Tractions vigoureuses		1	
23	»	Décembre .	Cath .T. ép. F .	0.040	1re	5	Sommet.	Rupture prématurée de l'amnios. Travail long et douloureux. Gon-			

									R	G	D
								flement des organes génitaux externes, du méat urinaire et de toute la paroi antérieure du vagin. Col à bords durs et épais. Rétraction du segment inférieur de l'utérus; putréfaction du fœtus. Section facile du crâne. *Manœuvres violentes* pour opérer la version	R.		
24	1850	Février . .	Mad. S.	0.059	1re	5	Sommet.	Travail fort lent		1	
25	»	Mars . . .	Cathérine C.	0.063	1re	4	Epaule et bras.	Elle ne peut faire un pas à cause d'une arthropathie coxo-fémorale gauche. Gonflement douloureux de la jambe correspondante. Version pelvienne laborieuse. Arrêt de la tête		1	
26	»	Mars . . .	Elisabeth G.	SP. 0.065 SC. 0,054	1re	3	Fesses et main.	Dilatation lente du col. Dégagement des fesses à l'aide du crochet. Resserrement du col utérin sur le cou		1	
27	»	Juin . . .	Eléonore B.	0.076	1re	3	Sommet.	Tractions vigoureuses avec le forceps.		1	
28	»	Novembre .	Cathérine V.	0.076	1re	6	Sommet.	Travail long, douloureux. A trois reprises tractions avec le grand forceps		1	
29	»	Novembre .	Marie Th. B.	0.054	1re	5	Sommet.	Taille 3 pieds 7 pouces. Travail long, douloureux. Accès de fièvre répétés. Grande sensibilité du col. Contractions violentes, qui cessent brusquement. Frissons. Délire. Odeur de putréfaction. *Epuisement complet ; in extremis*	R.		
30	1851	Février . .	Albertine H.		1re	2	Sommet	Epuisée. Tractions fortes et répétées avec le forceps.		1	
31	»	Février . .	Anne Cath. V.	0.070	1re	2	Sommet.	Essai inutile avec le forceps. Symptômes de métrite. *Commencement de gangrène* du conduit vulvo-utérin	R.		
32	»	Avril . . .	Jeanne D.		2e		Epaule.	Version pelvienne. Forceps sur la tête arrêtée		1	
33	»	Avril . . .	Cathérine L.	0.076	1re	2	Sommet.	2 applications du grand forceps		1	
34	»	Juin . . .	Mad. X.	0.063				Travail régulier		1	
35	»	Juillet. . .	Thérèse G.	0.076	1re	2	Sommet.	Forceps à trois reprises sans succès. *Déchirure* de toute la longueur du vagin depuis le col utérin jusqu'à la vulve	R.		

									R	G	D
36	1851	Septembre.	Pauline V. ép. W.	0.058	1re	2	Sommet.	Le forceps a été essayé 2 fois. Sensibilité excessive de la femme. Etat pléthorique. Ventre douloureux à la pression. Vagin chaud . . .		1	
37	»	Novembre.	Joséphine V.	0.067	1re	2	Sommet.	Taille 3 p. 6 pouces. Travail lent		1	
38	1852	Février . .	Anne-Marie V.	Rétrécie.	1re	3	Sommet.	Tractions fortes et réitérées avec le forceps			1
39	»	Mars . . .	Thérèse P.	»	2e		Sommet.	Tractions fortes et réitérées avec le forceps		1	
40	»	Mai. . . .	Sidonie E.	SP. 0.057 SCG. 0.057 SCD. 0.052	1re		Sommet.	Travail régulier		1	
41	»	Juillet . .	Isabelle M.	0.063	1re		Sommet.	Boiteuse. Application du forceps. Différentes personnes font à plusieurs reprises de fortes tractions		1	
42	1853	Février . .	Elisabeth B.	0.067	1re	4	Sommet.	Chétive. Travail lent. Dilatation artificielle du col. Etat fébrile. Chaleur dans les parties sexuelles. Sensibilité et rigidité de l'orifice utérin. Dilatation des pupilles et délire survenus sous l'influence d'extrait de belladone appliqué au col. Forceps introduit 2 fois. Différents médecins font des efforts infructueux		1	
43	»	Mars . . .	Joséphine G.	0.067	2e	2	Sommet.	(Premier enfant mort-né au forceps). Hémorrhagie par suite de *rupture utérine*. Essai de délivrance par le forceps	R.		
44	»	Mars . . .	Marie V.		1re	3	Sommet.	Nerveuse. Col sensible. Accès d'éclampsie. Forceps infructueux . .		1	
45	»	Juillet . .	Jeanne-Cath. D. ép. C.	0.080	10e		Sommet et bras.	*Rupture utérine*. Essai avec le forceps. Tractions fortes et vaines. Version en mettant la femme sur les coudes et les genoux. *Sidération nerveuse*	R.		
46	»	Août . . .	Constance G.	SP. 0.070 SCG. 0.063	5e	2	Sommet.	Couches antérieures laborieuses. A été délivrée par le forceps-scie en 1849.		1	
47	»	Août . . .	Désirée S.	0.067	2e	3	Sommet.	(Travail très-pénible la première fois. Enfant mort-né). Vagin chaud. Col épais, dur. Forceps sans succès.		1	
48	»	Septembre.	Claire B. ép. R.	Rétrécie.	6e		Sommet.	(Accouchements antérieurs laborieux). Forceps		1	

									R	G	D
49	1854	Janvier . .	Marie Elisab. C. ép. S.		5e		Pieds.	Présentation des pieds. Arrêt de la tête. Forceps sans succès . . .		1	
50	»	Avril . . .	Sophie D.	0.060	1re		Sommet	Taille 3 p. 9 pouces. Eaux écoulées depuis plusieurs jours		1	
51	»	Juin . . .	Marie-Louise D.	0.067	1re	2	Sommet.	2 applications de forceps à quelques heures d'intervalle. *Méningo-encéphalite*	R.		
52	1855	Février . .	Anne-Marie U.	0.080	1re	7	Sommet.	Forceps appliqué sans résultat		1	
53	»	Juillet . .	Jeanne-Elis. C.	0.050	1re	3	Sommet.	Trois fois le forceps a été appliqué. Contusion et déchirure du périnée.		1	
54	»	Août . . .	Joséphine L.	0.054	1re		Sommet.	Travail régulier		1	
55	»	Octobre . .	Ep. Ant. C.		3e		Flanc et bras.	Essai de délivrance par la version pour une présentation du flanc gauche avec issue du bras. Matrice contracturée. Pouls petit. Signes évidents de *rupture utérine*. Crochet sur le cou. Essai de décollation avec des ciseaux. *Expirante*	R.		
56	1856	Mai. . . .	Caroline C. ép. Henri R.		4e		Pieds et mains.	Extraction du fœtus par les pieds amenés par version. Forceps sur la tête arrêtée		1	
57	»	Juin . . .	Anne B.	0.080	1re	5	Sommet.	4 ou 5 applications du forceps ont eu lieu avec des tractions énergiques. On a tenté la version podalique. Du seigle ergoté a été administré. Eréthisme utérin. Epuisement de la patiente. Vagin *déchiré*. Angle sacro-vertébral *dénudé*. Tête fœtale perforée. Mobilité des os. Des aspérités traversent le cuir chevelu. *Expirante* . .	R.		
58	»	Juillet. . .	Félicie D.	0.058	1re	2	Sommet.	Travail régulier		1	
59	»	Septembre.	Thérèse.		1re		Sommet.	Eclampsie foudroyante dès le premier accès. Dilatation forcée du col. Forceps sans résultat. *Expirante*	R.		
60	»	Novembre.	Marie-Ant. L. ép. Ph. H,		2e		Sommet.	4 applications de forceps ont été faites ; grande déchirure périnéale .		1	
61	»	Décembre.	Marie-Adèle T.	0.072	1re		Sommet.	*Rupture spontanée* de l'utérus. Forceps infructueux.	R.		

									R	G	D
62	1857	Janvier . .	Joséphine L.	0.054	2e	2	Sommet.	La première fois a également été délivrée par le forceps-scie en 1855.		1	
63	»	Janvier . .	Marie E.	Rétrécie.	1re	2	Sommet.	Rupture artificielle de la poche d'eaux. Forceps sans résultat . . .		1	
64	»	Janvier . .	Amélie L.	0.063	1re	3	Sommet.	Travail lent mais régulier		1	
65	»	Mars . . .	Cathérine V.	0.080	1re	4	Sommet.	Eclampsie foudroyante; *à toute extrémité*.	R.		
66	»	Mars . . .	Jeanne-Marie V.		3e	3	Épaule .	Epaule droite. Plusieurs essais de version. Levier qui ramène la tête. Forceps ordinaire		1	
67	»	Avril . . .	Charlotte S.	0.067	1re	2	Sommet.	Dilatation irrégulière du col. Essai du forceps		1	
68	»	Mai. . . .	Marie F.	0.070	1re	6	Sommet.	Travail lent. Odeur putride.		1	
69	»	Août . . .	Marie-Cath. P.	0.058	1re		Sommet.	Eclampsie avec perte de l'intelligence dès le premier accès . . .		1	
70	»	Septembre.	Marie-Barbe F. épouse W.	Rétrécie.	1re		Sommet et bras.	*Rupture* spontanée de l'utérus par suite du ramollissement de ses parois. Application du forceps. Version. Arrêt de la tête. . . .	R.		
71	»	Octobre . .	Mad. Del...		3e		Face . .	(Deux accouchements antérieurs très-laborieux). Face enclavée. Hémorrhagie grave. Syncopes répétées. Forceps et levier. . . .		1	
72	»	Novembre .	Virginie P.	0.054	1re	3	Sommet et bras,	Douleurs fortes. Col engorgé, dur. Délire. Rougeur scarlatineuse de la peau, dilatation des pupilles par absorption de belladone. . .			1
73	1858	Mars . . .	Mad. Def...	Rétrécie.	2e		Sommet.	(Enfant précédent mutilé). Forceps plusieurs fois appliqué. *Rupture traumatique* du conduit vaginal.	R.		
74	»	Avril . . .	Marie-Carol. S. ép. Pre V.	0.060	1re	3	Sommet.	Travail lent. Prolapsus du cordon		1	
75	»	Mai. . . .	Virginie F. épouse Pre B.		5e		Face . .	(Couches antérieures heureuses). *Expirante* par suite de *rupture utérine*. Hémorrhagie abondante. Version pelvienne. Forceps sur la tête arrêtée.	R.		
76	»	Juin . . .	Julienne B.	0.067	2e	2	Sommet.	Grand forceps appliqué deux fois, puis le levier, puis encore le for–			

									R	G	D
								ceps d'Uytterhoeven. Vomissements fréquents, porracés ; pouls filant. *Péritonite. Etat désespéré*	R.		
77	1858	Août . . .	Isabelle M.	0.063	3e	1	Sommet.	(Premier enfant forceps-scié en 1852. Deuxième né prématurément).		1	
78	»	Octobre . .	Camille O.	0.054	1re	3	Sommet.	Taille 98 centimètres. Marche à l'aide de béquilles. *Hémorrhagie foudroyante* sans aucune lésion de l'appareil vulvo-utérin . . .	R.		
79	»	Octobre . .	Mad. Duj.	Rétrécie.	2e		Sommet	(Premier accouchement laborieux). Forceps		1	
80	1859	Février . .	Cathérine V.	0.068	1re		Sommet.	*Péritonite* : fièvre intense, ventre douloureux, vagin chaud. Essai du forceps	R.		
81	»	Mars . . .	Claire D.	0.058	1re	2	Sommet.	Travail régulier		1	
82	»	Mars . . .	Jeanne-Cath. W.	0.057	1re	5	Sommet.	Travail long. Putréfaction du fœtus dont le cuir chevelu se détache par lambeaux. Forceps et levier. Enlèvement des os de la voûte crânienne avec une pince. Femme épuisée, à *toute extrémité*. . .	R.		
83	»	Mars . . .	Madem. C	Rétrécie.	1re		Epaule .	Version podalique laborieuse. Tête retenue pendant 12 heures au détroit supérieur		1	
84	»	Avril . . .	Marie W.	0.070	2e		Siége . .	(1re fois accouchée prématurément). Cette fois, la tête reste seule dans le grand bassin après extraction du corps. Levier plusieurs fois appliqué. Rupture du périnée		1	
85	»	Mai. . . .	Amélie S.	0 063	2e		Jumeaux 1r Genoux. 2e Sommet.	(1er enfant mort-né). Cette seconde grossesse est gémellaire. Le premier jumeau se présente par les genoux. La tête résiste aux manœuvres ordinaires et au forceps. Elle est sciée, sans endommager la seconde poche. La matrice se referme et tombe dans le repos le plus complet. Le lendemain, nécessité de forceps-scier le second jumeau qui venait par la tête		1	
86	»	Juillet. . .	Mad. Sp.	Rétrécie.	2e		Siége . .	(Premier enfant mort-né, mutilé). Cette fois l'enfant a été expulsé par les fesses. Colonne cervicale rompue ; parties molles du cou arrachées ; rétention de la tête au grand bassin. Plusieurs applications de forceps ont eu lieu. Muqueuse vaginale en lambeaux suite de l'échappement de l'instrument		1	

									R	G	D
87	1859	Octobre . .	Cathérine H.	0.050	1re		Sommet.	*Rupture* spontanée de l'utérus. Femme *mourante*	R.		
88	»	Octobre . .	Sophie V. épouse B. T.		1re	3	Sommet.	Prolapsus du cordon. Deux essais du forceps. Grande tension et sensibilité de l'utérus. De l'ergot a été administré		1	
89	1860	Février . .	Marguerite M. épouse Jn. F. A.	0.054	1re	2	Sommet.	Tuméfaction de la lèvre antérieure du col qui est résistant. Contractions énergiques et douloureuses. Ventre sensible à la pression Emploi du forceps.			1
90	»	Mars . . .	J. G., ép. M.	0.065	1re	2	Sommet.	Le forceps et le levier ont été appliqués		1	
91	»	Mars . . .	Hortense H. épouse J.-J. V.		4e		Pieds . .	Amenée à l'hospice le corps de l'enfant lui pendant, depuis 2 heures, entre les jambes. La tête est seule retenue. Hémorrhagie abondante. Vaste *rupture* du vagin. *Femme expirante*. Convulsions . .	R.		
92	»	Mai.	Françoise L.	0.052	2e		Sommet.	Prolapsus du cordon. Refoulement à trois reprises. Forceps ordinaire.		1	
93	»	Juillet. . .	Marie R.	Rétrécie.	2e	2	Pieds . .	(Premier enfant mort-né). Celui-ci se présente par les pieds. La tête résiste aux manœuvres ordinaires et au forceps			1
94	»	Juillet. . .	Jeanne U.	»	1re	4	Sommet.	Travail long. *Rupture vaginale*. Forceps	R.		
95	»	Juillet. . .	Marie D.	»	1re		Sommet.	Chute du cordon. Refoulement. Travail irrégulier			1
96	»	Août . . .	Barbe-Cle D. épouse J. W.		4e	5	Sommet.	Amenée *in extremis*. *Rupture* d'où s'échappent l'intestin et des débris d'épiploon. Forceps plusieurs fois appliqué.	R.		
97	»	Octobre . .	Félicie B.	0.063	1re	1	Sommet.	Grand forceps appliqué sans succès		1	
98	»	Octobre . .	Amélie S. ép. Pierre M.	0.063	3e		Sommet.	(Premier enfant mort-né ; à la 2e grossesse il y avait des jumeaux qui ont été forceps-sciés (mai 1859). Cette fois, le forceps a déjà été appliqué		1	
99	»	Décembre .	Mlle A.	0.065	1re		Lombes .	Version. Arrêt de la tête.		1	
100	»	Décembre .	Mad. G.	0.063	1re		Pieds . .	Expulsion du tronc. Levier sur la tête retenue		1	
101	1861	Janvier . .	Anne-Cath. B.	Rétrécie.	1re	2	Sommet.	Forceps appliqué sans résultat.		1	

									R	G	D
102	1861	Janvier . .	Marie V. ép, Guill. D.	0.067	1re	1	Sommet.	Prolapsus du cordon. Enfant mort.		1	
103	»	Mars . . .	Anne-Louise G.	0.054	1re	2	Sommet.	Col lent à s'assouplir. Forceps sans résultat		1	
104	»	Juillet . .	Thérèse W.	0.061	1re	2	Sommet.	Douleurs fortes, régulières. Application du forceps et du levier sans résultat			1
105	»	Juillet . .	Mad. de F.	Rétrécie.	1re	4	Sommet.	Plusieurs essais de forceps et de version		1	
106	»	Août . . .	Amélie L. épouse F. L.	0,063	3e	1	Sommet.	(A déjà éte forceps-sciée en 1857. Aux trois grossesses suivantes : enfants mutilés). Forceps et levier employés cette fois encore mais sans succès.		1	
107	»	Septembre.	Marie-Cath. Car. S.	0.060	1re	1	Sommet	Prolapsus et refoulement du cordon. Le levier d'abord, le forceps ensuite sont employés.		1	
108	»	Novembre .	Rosalie D. épouse J. B. H.	Rétrécie.	2e		Sommet.	(Premier enfant mort-né au forceps). Grand accablement. Vomissements verdâtres. Forceps inutilement employé			1
109	»	Novembre .	Thérèse V. épouse Guil. K.		9e	9	Épaule .	Travail long. Ventre douloureux. Présentation de l'épaule. Tentatives de version. Contracture de l'utérus. Contractions violentes qui produisent une *rupture utérine* bien évidente. Décollation. *in extremis*.	R.		
110	»	Novembre .	Caroline B.	0.057	1re	1	Tête inclinée et bras.	Souffre depuis plusieurs mois d'arthrite ambulante. Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite. Grande émaciation. Version. Forceps		1	
111	»	Décembre .	Barbe R.	0.074	1re	1	Sommet.	Forceps et levier sans résultat		1	
112	1862	Février . .	Elisabeth L.	0.058	1re	4	Sommet.	Forceps		1	
113	»	Février . .	Marie V. épouse J. B. D.	0.060	2e	4	Sommet.	(1er enfant mort-né mutilé). Travail douloureux. Femme épuisée. Etat fébrile		1	
114	»	Février . .	Mad. V. D.	0.080	2e			(1er enfant mort-né. Fistule vésico-vaginale. Le forceps a, cette fois, été appliqué 2 fois.		1	

									R	G	D
115	1862	Mai. . . .	Isabelle M. ép. Jacques M.	0.062	4e	2	Sommet.	(A déjà subi deux fois l'application du forceps-scie (1853 et 1858). Une autre fois elle avorta). Tentatives infructueuses avec le forceps		1	
116	»	Mai. . . .	Mad. V. C.	0.054	1re	2	Sommet.	Travail régulier		1	
117	»	Novembre .	Marie V.		1re	2	Sommet.	*Déchirure* traumatique du conduit vulvo-utérin. Sortie des intestins. Forceps	R.		
118	»	Novembre .	Claire D.	0.058	2e	2	Sommet.	(Déjà délivrée par le forceps-scie en 1859). Forceps		1	
119	»	Décembre .	Marie J.	0.068	1re	1	Sommet.	Tentative avec le forceps.		1	
120	1863	Février . .	Annette V. épouse J. B. H.	0.062	1re	2	Sommet.	Plusieurs tentatives avec le forceps. Eraillures de la muqueuse vaginale		1	
121	»	Mars . . .	Pétronille D. épouse Ch. R.	0.062	4e	4	Face et bras.	Forceps sans résultat. Epuisement.		1	
122	»	Avril . . .	J.-M. V.	0.080	1re	2	Face . .	Le levier et le forceps ont été employés		1	
123	»	Mai. . . .	Françoise D. épouse Vital. S.	0.065	1re	3	Sommet.	Prolapsus du cordon. Plusieurs applications de forceps ont été faites .			1
124	»	Juillet . .	Ann.-Cath. D. épouse J. P.	0.070	1re	2	Sommet.	Plusieurs applications de levier ont été faites. Elles ont produit une *large déchirure* au côté gauche du col. Ventre douloureux. Pouls misérable. Situation désespérée. Essai du forceps	R.		
125	»	Juillet. . .	Amélie L. épouse Liév. L.		11e	2	Face . .	(Dix enfants nés vivants). Plusieurs tentatives de forceps. *Vagin labouré. Déchirure* dans laquelle la main peut passer. Position: mento-postérieure droite enclavée. Patiente *à toute extrémité* . .	R.		
126	»	Août . . .	Isabelle C.	0.075	2e	2	Sommet.	7 applications du forceps. Plusieurs *ruptures* sont constatées dans le vagin. Femme *mourante*	R.		
127	»	Septembre.	Marie Car. S. ép. Pierre V.	0.060	4e	2	Sommet	(A été délivrée par le forceps-scie en 1858.		1	
128	»	Septembre.	Elisabeth H. P.	0.065	1re	2	Sommet.	Procidence du cordon			1

									R	G	D
129	1863	Octobre . .	Ursule M. épouse Sérap.D.	0,092	4e	4	Sommet	Plusieurs essais de délivrance ont eu lieu. Levier. Forceps. *Péritonite intense. Etat désespéré*	R.		
130	»	Novembre .	Madame S.	Rétrécie.	1re		Sommet.	Plusieurs applications inefficaces du forceps. Version pelvienne. Tête retenue. Forceps réappliqué. Tractions vigoureuses et inutiles. Mâchoire fœtale arrachée. Colonne cervicale rompue. La tête ne tient plus aux épaules que par un mince lambeau de peau qui cède. Vagin profondément *déchiré* des deux côtés. *Femme épuisée* . . .	R.		
131	1864	Mai. . . .	Eléonore B.	0.047	1re	3	Sommet.	Dilatation lente du col		1	
132	»	Juin . . .	Thérèse V. épouse Phil. L.	0.061	1re	2	Sommet.	Lèvre antérieure du col œdématiée ; elle apparaît à l'extérieur. . .		1	
133	»	Juin . . .	Sylvie R.	Rétrécie.	1re	2	Siége . .	Siége, Manœuvres de version. Arrêt de la tête. Essai du forceps . .		1	
134	»	Juillet . .	Madame J.	»	1re		Face . .	10 applications de forceps. 5 tentatives de version. Enclavement de la face. *Déchirure du vagin.* Epuisement de la patiente	R.		
135	»	Juillet . .	Madame Ch.		1re	6	Sommet.	Forceps plusieurs fois appliqué. Tel délabrement du col qu'il est méconnaissable. Tumeur fibreuse du col. *Perforation* du cul-de-sac vaginal. Sidération nerveuse. *In extremis*	R.		
136	»	Août . . .	Joséphine B. ép. J. Fe V. C.	0.054	2e	2	Sommet.	A été délivrée par le forceps-scie en 1862			1
137	»	Août . . .	Madame W.	0.067	1re	2	Sommet.	Le forceps a été appliqué		1	
138	»	Décembre .	Thérèse V.	0.074	2e	2	Sommet.	Travail énergique. Forceps		1	
139	1865	Mars . . .	Jeanne V. épouse J. B. D.	Rétrécie.	3e	3	Sommet et pied.	(Toujours accouchée au forceps). Essai de délivrance au forceps. Version, puis forceps sur la tête retenue. *Rupture utérine* évidente. *Femme expirante*	R.		
140	»	Mars . . .	Caroline V.	0.062	2e	2	Sommet.	(1er enfant mort-né au forceps). Cette fois, encore essai, mais inutile, du forceps		1	
141	»	Mars . . .	Madame T.	0.075	1s		Sommet.	Essai inutile du forceps		1	

									R	G	D
142	1865	Juin . . .	Elisabeth F. ép. François G.	0.075	1re	2	Sommet.	Prolapsus du cordon. Forceps essayé. Col légèrement déchiré à droite		1	
143	»	Juillet . .	Victoire M. ép. P.-H. E.	0.068	3e	2	Sommet.	(N'a pas d'enfant vivant). Le forceps a été vainement appliqué . . .		1	
144	»	Juillet . .	Madame W.	0.067	1re		Sommet.	Forceps inutilement essayé		1	
145	»	Septembre.	Marie V. épouse V.	0.061	1re	2	Sommet.	Prolapsus du bras		1	
146	»	Novembre .	Marie-Lse Car.D. épouse Ant. D.	0.065	2e		Flanc. .	(A déjà, lors de sa première grossesse, été délivrée par le forceps-scie). Tronc extrait. Tête retenue. Trois applications de forceps ont eu lieu. *Signes de déchirure. Etat voisin de la mort*	R.		
147	»	Décembre	Sophie D.	0.045	2e	2	Genoux .	(Délivrée en 1854 par le forceps-scie. Le bassin mesurait alors 60 millimètres). Aujourd'hui les parois vaginales sont considérablement épaissies. Tronc expulsé. Tête retenue		1	
148	1866	Janvier . .	Marie-Louise D.	0.070	1re	6	Sommet.	Travail long. 2 applications de forceps ont été inutilement tentées. .			1
149	»	Janvier . .	Thérèse V. épouse P. L.	0.062	2e	2	Sommet.	(Délivrée en 1861 par le forceps-scie). Travail douloureux. Col tuméfié, resserré. Agitation extrême de la patiente. Situation grave. Dilatation artificielle du col		1	
150	»	Février . .	Jeanne H.		1re	3	Sommet.	Plusieurs applications du forceps ont été faites. Le cuir chevelu est déchiré, le pariétal est dénudé, le crâne est perforé, la pulpe cérébrale s'en échappe.		1	
151	»	Mars . . .	Mad. Van H.	Rétrécie.		2	Sommet.	Le forceps et le levier ont été plusieurs fois et vainement appliqués. Exostose sur le promontoire		1	
152	»	Avril . . .	Madame Fr. z..	»	1re		Tronc. .	Présentation du tronc. Version pelvienne. Arrêt de la tête. Extraction impossible par tous moyens essayés.		1	
153	»	Avril . . .	Caroline V.	0.063	3e	3	Sommet.	(1er enfant mort-né par le forceps). Le 2e a été forceps-scié en 1865). Essai de délivrance avec le forceps. Vains efforts		1	

									R	G	D
154	1866	Mai . . .	Suzanne D. ép. Désiré D.	Rétrécie.	7e		Siége . .	(Accouchements antérieurs laborieux). Expulsion du tronc. Arrêt de la tête. Forceps.		1	
155	»	Juillet . .	Caroline V.	0.063	1re	1	Sommet.	Forceps vainement essayé		1	
156	»	Août . . .	Marie-Joseph W épouse David V.	0.070	4e	1	Sommet.	(Délivrée par le forceps-scie en 1859. A eu 2 enfants vivants nés avant terme). Cette fois il y a prolapsus du cordon		1	
157	»	Août . . .	Cathérine C.	0.068	1re	3	Sommet.	Epuisement de la femme. Dilatation artificielle du col utérin . . .		1	
158	»	Octobre . .	Marie-Joseph L. ép. Joseph V.	SP. 0.045 SCG. 0.043 SCD. 0.040	1re	7	Sommet.	Amenée sur une charrette de paysan d'un village éloigné de 2 lieues de la ville. En travail depuis 7 jours. Taille 1m30. Si contrefaite que les médecins de la localité avaient tout disposé pour l'hystérotomie. Voulant échapper à cette opération, la patiente, malgré ses douleurs, quitte furtivement son logis et va se cacher dans les champs, à 2 lieues de son domicile. Elle est retrouvée et amenée à l'hospice dans un état d'exaltation voisin du délire. Signes de péritonite. Fonctionnement du forceps-scie très-facile. Les épaules seules offrirent un peu de difficulté			1
159	1867	Janvier . .	Mad. J. Van	Rétrécie.	1re	3	Sommet.	Travail long, laborieux. Plusieurs applications du forceps et du levier. Version vainement essayée à diverses reprises. Contusion des organes. Grande exaltation		1	
160	»	Janvier . .	Thérèse V. épouse Ad. V.	0.070	3e	2	Sommet.	(2 accouchements antérieurs au forceps). Plusieurs essais inutiles avec le forceps. Col utérin *déchiré* en plusieurs endroits; cul-de-sac vaginal *perforé;* un lambeau du vagin pend à l'extérieur. Procidence du cordon. *Mourante*	R.		
161	»	Mars . . .	Clara V.	0.075	3e	2	Sommet.	Amenée d'un village voisin sur une mauvaise charrette; le forceps a été appliqué plusieurs fois		1	
162	«	Avril . . .	Pétronille V. ép. Franc. V.	0.063	1re	4	Sommet main.	Travail régulier		1	
163	»	Juillet . .	Marie Th. V. épouse J. B. B.	0.075	1re	1	Sommet.	Tractions violentes et répétées avec le forceps. Col utérin déchiqueté.		1	

									R	G	D
164	1867	Octobre . .	Thérèse H.	Rétrécie.	1re	4	Sommet.	*Gangrène* du conduit vulvo-utérin par suite de la longueur du travail et surtout des manœuvres multiples et des nombreuses applications du forceps. Patiente *à toute extrémité*	R.		
165	1868	Juillet. . .	Caroline V. épouse J. B. J.	0.058	1re	1	Sommet.	Prolapsus du cordon. Refoulement. Essai infructueux avec le forceps.		1	
166	»	Juillet . .	Jeanne Th. C. ép. Henri J. R.	0.065		2	Sommet.	Forceps vainement essayé		1	
167	»	Octobre . .	Rosalie D. épouse Franç. J.	0.067	4e	4	Tronc. .	(Ses grossesses antérieures se terminèrent : la 1re par un avortement à 3 mois ; la 2de par la naissance d'un fœtus vivant à 7 mois (mort 9 jours après) ; la 3e, à terme, par la naissance d'un enfant putréfié extrait au forceps). Cette fois la version fut nécessaire et difficile. Forceps sur la tête retenue		1	
168	»	Novembre .	Eloïse D. épouse B. G.		2e		Sommet.	(1er enfant né à 7 1/2 mois). Deux médecins, tour à tour et puis simultanément ont essayé la délivrance au forceps. Ils s'adjoignirent un serrurier : le forceps lâcha prise, ce qui amena la *rupture* du plancher pelvien, y compris le *vagin* jusques dans le rectum. Sidération. *Mort imminente*	R.		
169	»	Novembre .	Marie El. V. épouse J. B. P.	0.060	1re		Sommet.	Col résistant. Grande agitation. Frissons violents, répétés. Ventre douloureux. Délire. *Péritonite généralisée*	R.		
170	1869	Janvier . .	Clara V. épouse Cor. H.	0.075	4e	1	Siége . .	(En 1867, elle fut délivrée par le forceps-scie). Expulsion du tronc. Arrêt de la tête qui résiste aux manœuvres ordinaires et au forceps.		1	
171	»	Février . .	Caroline V.	0.063	4e	1	Sommet.	(Premier enfant mort extrait au forceps ordinaire ; a été délivrée deux fois au forceps-scie en 1865 et en 1866). Cette fois, contractions incessantes, douloureuses. Rigidité du col. *Rupture subite* du cul-de-sac vaginal. Passage du fœtus dans la cavité abdominale. Version. Arrêt de la tête	R.		
172	»	Mai. . . .	Cathérine C.	0.058	2e	3	Sommet.	(1er enfant mort-né). Procidence du cordon. Col rigide. Situation très-précaire.		1	

									R	G	D
173	1869	Mai. . . .	Madem. X.	Rétrécie.	1re	3	Sommet	En travail depuis plusieurs jours. Plusieurs tentatives de version ont été faites. Rétraction énergique de l'utérus.		1	
174	»	Mai. . . .	Madame X.	»	1re	4	Sommet.	(Essais multiples avec le forceps. Col déchiqueté. Vagin *déchiré* complétement	R		
175	»	Juillet. . .	Pétronille V. ép. Franç. V.	0.063	2e		Tronc. .	(Son premier enfant a été forceps-seié en 1867). Cette fois, on a fait la version etappliqué le forceps sur la tête retenue. De vigoureuses tractions ont été exercées. Hémorrhagie interne		1	
176	»	Septembre.	Marie Th. V. épouse B. B,	0.075	2e	1	Sommet.	(A été délivrée à sa 1re grossesse en 1867, par le forceps-scie). Cette fois la version pelvienne a été faite et la tête a résisté aux manœuvres ordinaires et au forceps.		1	
177	»	Septembre.	Emilie B.	0.075		5	Sommet.	Femme contrefaite. L'accouchement a été provoqué. Plusieurs applications du forceps, pendant de longues heures, ont été faites. Il pend, en dehors des parties, des lambeaux du vagin, lequel est *perforé*. Col et périnée *rompus*. Sidération profonde. *Mort prochaine*.	R.		
178	»	Novembre .	Marie Sylvie R. épouse Corn. D.	Rétrécie.	2e	2	Sommet.	(A été délivrée la 1re fois, en 1864, par le forceps-scie). Prolapsus du cordon. Essai de version. Rétraction de l'utérus		1	
179	»	Décembre .	Caroline V. épouse J. B. J.	0.058	2e	1	Sommet.	(A été délivrée en 1868 par le forceps-scie). Chute du cordon. Travail régulier		1	
180	1870	Mars . . .	Françoise D. épouse Josse D.	0.075	2e	2	Sommet.	(1er enfant mort-né, extrait au forceps). Prolapsus du cordon. Forceps inutilement employé		1	
181	»	Mars . . .	Philomène D.	SP. 0.060 SCG. 0.060 SCD. 0.060	1re	2	Sommet.	Col tendu, rigide et sensible au toucher ; vagin chaud. Utérus contracturé, douloureux à la pression. Contractions accompagnées d'agitation et de cris perçants. *Rupture utérine*. Au plus mal . .	R.		
182	»	Juin . . .	Thérèse S.	0.050	1re	1	Sommet.	Travail régulier		1	
183	«	Août . .	Madame de V,	Rétrécie.			Sommet	Le forceps a été appliqué à diverses reprises.		1	
184	1871	Mars . . .	Caroline V. épouse J. B. J.	0.058	3e	1	Sommet.	(Les deux premiers accouchements, en 1868 et en 1869, terminés par le forceps-scie)		1	

									R	G	D
185	1871	Mars . . .	Agnès S.	0.080	1re	1	Sommet.	Dilatation régulière du col. Forceps, version. Arrêt de la tête . . .		1	
186	»	Juin . . .	Victorine D. épouse Dew.	0.055	1re		Sommet.	En travail depuis plusieurs jours. Chute du cordon. Fœtus putréfié. Etat peu satisfaisant de la femme : fièvre, surexcitation		1	
187	»	Juin . . .	Françoise V. épouse Jos. D.	0.075	3e		Epaule .	(1er enfant extrait putréfié au forceps ; le sd a été forceps-scié en 1870). Cette fois la version est faite. Arrêt de la tête		1	
188	»	Octobre . .	Sophie D.	0.047	3e	1	Siége . .	(1er accouchement en 1854, au forceps-scie ; le sd, en 1865, également au forceps-scie). Dilatation régulière du col		1	
189	»	Octobre . .	Madame Cap.	0.075	5e	2	Sommet.	(Accouchements antérieurs laborieux et terminés avant terme). Plusieurs essais ont été faits avec le forceps. Version. Arrêt de la tête .		1	
190	1872	Juillet. . .	Gudule K.	0.075	1re	2	Sommet.	Travail régulier. Essai du forceps		1	
191	»	Septembre.	Françoise V. épouse Jos. D.	0.075	4e		Tronc. .	(Déjà délivrée deux fois par le forceps-scie en 1870 et 1871). Version. Arrêt de la tête.		1	
192	»	Octobre . .	Julie D. épouse J. L.	Rétrécie.	6e		Sommet.	Infiltration générale. Aspect maladif. On a essayé le forceps sans pouvoir le placer convenablement. La branche gauche buttait contre un obstacle. Signes évidents de *rupture utérine*. Etat très-précaire de la patiente	R.		
193	»	Octobre . .	Marie-Sylvie R. épouse Corn. D.	0.062	4e		Sommet.	(Les 2 premiers accouchements terminés par le forceps-scie en 1864 et 1869 ; à la 3e grossesse, accouchement à 7 mois). Travail régulier.		1	
194	»	Décembre .	Adèle V.	Rétrécie.	1re		Sommet.	Taille 1m02. Bras et avant-bras longs de 12 à 15 centimètres à peine. Les jambes ramassées sur les fesses sont cachées par l'abdomen. Un petit tabouret lui sert de siége et une chaise en bois, peu élevée, est sa table. Fœtus à 7 mois environ. Essai de délivrance au forceps		1	
195	»	Décembre .	Isabelle D.	SP. 0.054 SCG. 0.054 SCD. 0.054	1re		Sommet.	Claudication par suite de tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale gauche. Enfant mort. Fonctionnement facile du forceps-scie, et sans aucune souffrance.			1

									R	G	D
196	1873	Janvier . .	Cathérine C.	0.070	1re		Sommet.	Le forceps plusieurs fois appliqué et employé avec violence a lâché prise. Organes génitaux tuméfiés, livides et d'une extrême sensibilité. État général qui accuse des *désordres profonds*. Sidération. *Aucun espoir*	R.		
197	»	Janvier . .	Joséphine B. épouse J. D.	0.076	3e		Sommet.	(Les deux premiers accouchements terminés au forceps. Enfants morts nés. Le 3e est venu mort à 8 mois et le 4e enfant a été amené vivant à terme, par le forceps). Travail régulier. Forceps employé en vain. Version. Arrêt de la tête		1	
198	»	Février . .	Marie-Franç. C. ép. Henri L.	0.070	3e		Sommet.	(Enfants précédents mutilés). Claudication. Travail régulier. Forceps appliqué en vain		1	
199	»	Avril . . .	Hélène H. épouse Corn. V.	0.065	1re		Sommet.	Trois accoucheurs n'ont pas réussi à la délivrer. Crâne fœtal perforé. Un grand nombre d'applications du forceps ont été faites. *Déchirures* multiples du col et du segment inférieur de l'utérus. Sidération profonde. *Mort prochaine*	R.		
200	»	Octobre. .	Jeanne-Cath. B.	0.070	1re		Sommet.	Dilatation lente du col qui devient transversal ; ses lèvres se boursoufflent et se congestionnent. Grande anxiété de la patiente. Tentatives de version			1
201	1874	Avril . . .	Ferdinande W.	0.070	1re	2	Sommet.	Travail lent mais rien d'irrégulièr. Utérus en obliquité antérieure. Grande indocilité de la femme. Version. Arrêt de la tête		1	
202	»	Mai. . . .	Cathérine V.	0.065	2e	2	Sommet.	Arrive de la campagne sur une charrette de paysan. Premier enfant né putréfié. Prostration, épuisement extrêmes par suite des nombreux essais qui ont été faits avec le forceps		1	
203	»	Décembre .	Elisabeth V.	0.065	1re		Sommet.	Douleurs modérées. Dilatation lente du col. Nervosisme. Eclampsie avec coma dès le premier accès		1	
204	1875	Janvier . .	Madame A.	Rétrécie.	1re		Sommet.	Rachitique. Travail long. Plusieurs essais avec le forceps. Meurtrissures multiples et gonflement douloureux des parties génitales . .		1	
205	»	Mars . . .	Brigitte C.		2e		Sommet.	Femme italienne. Ne peut fournir aucun renseignement sur son premier accouchement. Forceps inutile.		1	

									R	G	D
206	1875	Juin . . .	Cathérine VH.		1re		Sommet.	Prolapsus du cordon. Forceps infructueux		1	
207	»	Septemb. .	Sch. ép. Ceul.		7e	2	Sommet.	(Cinq enfants nés vivants; 1 mort-né extrait au forceps. En cas d'enfant mâle, travail laborieux chaque fois. Un seul garçon, plus grêle à sa naissance, a vécu. Lors d'un précédent accouchement la mère a été alitée pendant deux mois). La parturiente est exténuée; douleurs abdominales incessantes; gonflement traumatique considérable des organes génitaux externes; saillie au dehors du bourrelet antérieur du vagin. Contusion des parties sous l'angle pubien. Eraillures du vagin. Ventre tendu, sensible à la pression. Levier et forceps plusieurs fois appliqués. Version reconnue impossible. Délivrance facile par le forceps-scie			1
208	»	Septemb. .	Madame Wiel.	0.070	4e	1	Sommet.	(1er enfant né vivant après un travail des plus laborieux. La mère fut malade et alitée pendant trois mois. 2e enfant né mort, avant terme. 3e à terme putréfié). Cette 4e grossesse est à terme, enfant volumineux. Forceps employé en vain		1	
209		Octobre. .	Victoire B.	Rétrécie.	1re	5	Sommet.	Travail long. Ecoulement prématuré des eaux. Col fibreux. Délivrance facile. Gangrène diphthéritique du vagin. Fistule vésico-vaginale .		1	
210		Octobre . .	Adelaïde L. épouse Pierre V.	Rétrécie.	2e		Pieds . .	(1er enfant mort-né). Extraction par les pieds. Arrêt de la tête . . .		1	
211	»	Décembre .	Lambertine M.	0.065	3e	1	Pieds. .	(Premier enfant mort-né, extrait à l'aide d'instrument; deuxième enfant, né mort à 7 mois). Sortie spontanée du tronc; arrêt de la tête; application du forceps. *Rupture vagino-utérine*, *péritonite*, sans espoir	R.		
212	»	Décembre .	Ep. Vanden B.	0.043	3e	1	Sommet.	(Premier enfant mort-né; deuxième : avortement)		1	
213	1876	Janvier . .	Christine-M.-P. épouse F.-M.		2e	3	Sommet.	(Premier enfant mort-né) forceps vainement essayé à deux reprises .		1	

Opérations du Dr Simon, de Liége (*Bulletin de l'Académie de Belgique,* 1851-1852, T. XI, n° 1).

									R	G	D
214	1871	Février . .	Elisabeth D.	0.067	1re		Sommet.	Rachitique. Travail régulier		1	
215	»	Février . .	Joséphine B. épouse L.	0.080	4e	2	Sommet.	(Les 3 premiers accouchements terminés au forceps. Enfants morts). Tentatives infructueuses avec le forceps; *larges déchirures* du vagin et du col. Etat déséspéré de la parturiente	R.		
216	»	Mars . . .	Marie P.	0.075	1re		Sommet.	Rachitique. Prolapsus du cordon		1	
217	»	Mars . . .	Hélène B.	0.065	2e		Sommet.	(Jusqu'à 16 ans n'a pu marcher qu'à l'aide de béquilles. Sa première grossesse s'est terminée à six mois, par l'expulsion d'un fœtus mort). Essai du diatrypteur par M. Didot. Tentatives vaines . . .		1	
218	»	Août . . .	Marie El. C.		6e		Sommet.	(1er enfant vivant; 2e venu par le siége est mort; 3e extrait mort au forceps; 4e présentant les pieds est également venu mort). Commencement d'osteomalaxie. Plusieurs applications du forceps ont été faites sans succès		1	
219	»	Octobre . .	Marguerite L. épouse L. C.	0.075	1re	3	Sommet.	(De 12 à 18 ans, n'a plus su marcher). Forceps vainement essayé. .		1	

Opérations du Dr Guillery, de Bruxelles.

	R	G	D
8 femmes dont 7 guéries et 1 morte. Parmi les guéries une n'avait que 45 millimètres de diamètre sacro-pubien et une autre, sur laquelle le forceps avait été appliqué deux fois, avait 68 millimètres.		7	1

1 Opérée le 14 juillet 1852. — Marie P., épouse B., diamètre sacro-pubien 0.080 (opérée par le Dr Grandry, de Tilleur-lez-Liége). (Thèse de M. le Dr Guillery : *Dissertation sur la pelvimétrie et les différents modes de délivrance*, Bruxelles, 1855) . . . . | | 1 | |